
IMPACTO NA SAÚDE DA ALTERAÇÃO DO HORÁRIO DE TRABALHO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Carla Sofia Monteiro de Sousa

Dissertação

Mestrado em Gestão e Economia em Serviços de Saúde

Orientado por

Nome do Orientador: Professor Doutor António Brandão

2018

Agradecimentos

Agradeço ao Professor António Brandão pelo estímulo constante de melhoria, bem como à sua forma afável de o fazer, o que se tornou num incentivo fundamental para a realização deste trabalho.

Agradeço à minha família pelo estímulo de persistência e esforço, mostrando que disso depende sempre o resultado final.

Em particular à Susana e ao Oliver.

Resumo

Durante a aplicação do Programa de Assistência Económica e Financeira a Portugal, foram tomadas várias medidas no setor da saúde com o objetivo de conter custos e atuando sobretudo em parâmetros como a qualidade e a eficiência dos serviços. Uma das medidas adotadas neste período, vigorando entre Outubro de 2013 e Junho de 2016, foi a alteração do horário de trabalho na Administração pública, de 35 horas para 40 horas de laboração semanal.

Este trabalho tem como objetivo compreender o impacto da alteração do horário de trabalho na produção de cuidados de saúde, em contexto hospitalar entre os anos de 2013 a 2017.

Esta análise pretende ser um contributo para a compreensão do impacto da alteração do horário de trabalho, tendo em consideração os estudos na área das condições de trabalho, satisfação e carga horária.

Com recurso aos dados do benchmarking hospitalar da Administração Central dos Sistemas de Saúde será feita uma análise estatística a alguns dos indicadores fornecidos, comparando os dois períodos de vigência do horário de trabalho (35 horas e 40 horas).

Os resultados obtidos, bem como o confronto destes com os dados disponibilizados por outras fontes de informação oficiais, demonstraram que, por si só, a mudança de horário de trabalho não pode justificar as variações

Palavras chave: Carga horária, satisfação no trabalho, cuidados de saúde, condições de trabalho

Códigos JEL: J22, J28, I11, J81

Abstract

In Portugal during the implementation of the economic and financial assistance programme, several measures were taken with the aim of containing costs in the healthcare sector. These measures were aimed mainly to the quality and efficiency of the healthcare services.

One of the measures enforced in the Public Administration, in the period between October 2013 and June 2016, was the change from 35 to 40 weekly working hours.

The scope of this study is to understand, from a hospital perspective and between the years of 2013 and 2017, the impact of the alteration of working hours on health care production. On the context of studies in working conditions, satisfaction and workload, this analysis aims to give one more contribution to the understanding of the impact of a change in working hours.

To compare the two periods of working hours (35 hours and 40 hours), a statistical analysis will be performed, using some of the indicators provided, on the Administração Central dos Sistemas de Saúde hospital benchmarking data.

The obtained results, as well as the comparison of these with the data provided by other official sources of information, showed that the change in working hours alone cannot justify the variations obtained in the analyzed indicators.

Keywords: Time allocation, Job satisfaction, Analysis of HealthCare Markets, Working Conditions

JEL-Codes: J22, J28, I11, J81

Índice

AGRADECIMENTOS	II
RESUMO	III
ABSTRACT	IV
ÍNDICE	V
1. INTRODUÇÃO	1
2. SÍNTESE DA LITERATURA	4
3. METODOLOGIA	34
4. ANÁLISE DOS DADOS	37
5. ESTUDO ECONOMETRICO	77
6. CONCLUSÃO	80
7. BIBLIOGRAFIA	83
8. ANEXOS	93
ANEXO 1	94
ANEXO 2	96
ANEXO 3	99

Índice de Figuras

Figura 1: Duração do Tempo de Trabalho em diferentes Estados-Membros, entre 1999-2014. (Adaptado de OECD, 2018a)	5
Figura 2: Horas trabalhadas, por ano e por trabalhador, em 2016 em vários países da Europa. (Adaptado de OECD, 2018b)	6
Figura 3: Relação entre horários flexíveis, fixos e ajustados às necessidades dos trabalhadores na Europa. (Adaptado de Eurofound, 2017)	9
Figura 4: Relação entre recursos familiares e exigências laborais. (Adaptado de Rodrigues, 2010)	13
Figura 5: Organograma do Ministério da Saúde. (Adaptado de Simões et al, 2017)	21
Figura 6: Número de hospitais, por região, tipo e cuidados prestados em 2014. (Adaptado de Simões et al., 2017)	25
Figura 7: Recursos Humanos no SNS. (Adaptado de ACSS, 2016a)	26
Figura 8: Médicos que em 2013 pretenderam a alteração do horário de trabalho. (Adaptado de ACSS, 2014a)	27
Figura 9: Variações nos horários de trabalho nos anos de 2012, 2013 e 2014. (Adaptado de ACSS, 2014b)	28
Figura 10: Distribuições dos profissionais de saúde pelos diferentes horários de trabalho em 2016. (Adaptado de ACSS, 2016a)	29
Figura 11: Distribuições dos hospitais pelos grupos. (Adaptado de ACSS, 2017)	31
Figura 12: Comparação entre orçamento e execução de 2014 a 2018. (Adaptado de ACSS, 2018d)	33
Figura 13: Evolução da despesa com o pessoal de 2014 a 2018. (Adaptado de ACSS, 2018d)	33
Figura 14: Evolução dos Custos Operacionais por Doente Padrão dos hospitais do Grupo B, de 2013 a 2017.	38
Figura 15: Evolução dos Custos Operacionais por Doente Padrão dos hospitais do Grupo C, de 2013 a 2017.	38
Figura 16: Evolução dos Custos Operacionais por Doente Padrão dos hospitais do Grupo D, de 2013 a 2017.	39
Figura 17: Evolução dos Custos Operacionais por Doente Padrão dos hospitais do Grupo E, de 2013 a 2017.	39
Figura 18: Evolução dos Custos Operacionais por Doente Padrão dos hospitais do Grupo E, de 2013 a 2017.	40
Figura 19: Evolução dos Custos com o pessoal ajustados por Doente Padrão dos hospitais do Grupo B, de 2013 a 2017.	41
Figura 20: Evolução dos Custos com o pessoal ajustados por Doente Padrão dos hospitais do Grupo C, de 2013 a 2017.	41
Figura 21: Evolução dos Custos com o pessoal ajustados por Doente Padrão dos hospitais do Grupo D, de 2013 a 2017.	42
Figura 22: Evolução dos Custos com o pessoal ajustados por Doente Padrão dos hospitais do Grupo E, de 2013 a 2017.	42

Figura 23: Evolução dos custos totais com o pessoal de 2010 a 2017.	43
Figura 24: Custos Totais com o pessoal, por grupo hospitalar, de 2012 a 2017.	44
Figura 25: Custos com o pessoal, instituições do grupo B, de 2012 a 2017.	44
Figura 26: Custos com o pessoal, instituições do grupo C, de 2012 a 2017.	45
Figura 27: Custos com o pessoal, instituições do grupo D de 2012 a 2017.	46
Figura 28: Custos com o pessoal, instituições do grupo E, de 2012 a 2017.	47
Figura 29: Custos com o pessoal, instituições do grupo F, de 2012 a 2017	48
Figura 30: Custo médio por trabalhador nas instituições do SNS, de 2015 a 2017.	49
Figura 31: Evolução dos custos com o trabalho suplementar do pessoal, entre 2010 e 2017.	50
Figura 32: % de custos com as horas extras e suplementos nos custos totais com o pessoal, entre 2012 e 2017, por grupo hospitalar.	51
Figura 33: Recursos Humanos no SNS. (Adaptado de Retrato da Saúde, 2018)	52
Figura 34: Relação entre médicos e enfermeiros/1000 habitantes. (Adaptado de OECD, 2017)	54
Figura 35: Médicos e Enfermeiros por 100mil habitantes. (Adaptado de PORDATA 2018)	55
Figura 36: Número de doentes por médico (Equivalente a tempo completo), por grupo, entre 2013 e 2017.	55
Figura 37: Número de doentes por médico, instituições do grupo B, entre 2013 e 2017.	56
Figura 38: Número de doentes por médico, instituições do grupo C, entre 2013 e 2017.	57
Figura 39: Número de doentes por médico, instituições do grupo D, entre 2013 e 2017.	57
Figura 40: Número de doentes por médico, instituições do grupo E entre 2013 e 2017.	58
Figura 41: Número de doentes por médico, instituições do grupo F entre 2013 e 2017.	58
Figura 42: Número de doentes por enfermeiro equivalente a tempo completo, por grupo, entre 2013 e 2017.	59
Figura 43: Número de doentes por enfermeiro, nas instituições do Grupo B, entre 2013 e 2017.	59
Figura 44: Número de doentes por enfermeiro, nas instituições do Grupo C, entre 2013 e 2017.	60
Figura 45: Número de doentes por enfermeiro, nas instituições do Grupo D, entre 2013 e 2017.	61
Figura 46: Número de doentes por enfermeiro, nas instituições do Grupo E, entre 2013 e 2017.	61
Figura 47: Número de doentes por enfermeiro, nas instituições do Grupo F, entre 2013 e 2017.	62
Figura 48: Número de camas por 1000 habitantes. (Adaptado de OECD 2016)	63
Figura 49: Nr.º de camas por 100 mil habitantes, de 2010 a 2016.	63
Figura 50: Taxas Anuais Médias de internamento, por Grupo Hospitalar e no período de 2012 a 2017.	65
Figura 51: N.º de dias até à cirurgia em episódios de GDH cirúrgicos programados, por grupo hospitalar e no período entre 2012 e 2017.	66
Figura 52: % de Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas para Procedimentos Ambulatorizáveis, por ano e por grupo.	67
Figura 53: % de Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas para Procedimentos Ambulatorizáveis, por ano e no Grupo F.	68

Figura 54: % de internamentos com demora superior a 30 dias, por grupo, entre 2013 e 2017.	69
Figura 55: Taxa de cesarianas no número total de partos, por grupo, entre 2012 e 2017.	71
Figura 56: Número de reinternamentos nos 30 dias seguintes à alta, por grupo hospitalar, entre 2012 e 2017.	71
Figura 57: Evolução do número médio de primeiras consultas dentro do TMRG do Grupo B, de Janeiro de 2012 a Outubro de 2017.	73
Figura 58: Evolução do número médio de primeiras consultas dentro do TMRG do Grupo C, de Janeiro de 2012 a Outubro de 2017.	74
Figura 59: Evolução do número médio de primeiras consultas dentro do TMRG do Grupo D, de Janeiro de 2012 a Outubro de 2017.	74
Figura 60: Evolução do número médio de primeiras consultas dentro do TMRG do Grupo E, de Janeiro de 2012 a Outubro de 2017.	75
Figura 61: Evolução do número médio de primeiras consultas dentro do TMRG do Grupo F, de Janeiro de 2012 a Outubro de 2017.	75
Figura 62: Evolução do número médio de primeiras consultas dentro do TMRG, por Grupos, de Janeiro de 2012 a Outubro de 2017.	76
Figura 63: Modelo econométrico desenvolvido	78

1. Introdução

Portugal foi um dos estados signatários que, em 1919, pelo Tratado de Versailles, criou a Organização Internacional do Trabalho (OIT ou ILO). Desde aí que é estabelecido um padrão semanal de 48 horas de trabalho, correspondente a oito horas de laboração diária (excetuando o domingo). Desde essa altura que muito se tem evoluído. Em Portugal, podemos encontrar dois períodos de mudanças significativas: o primeiro dos dois até 1974, com a Revolução de Abril, onde se constatou um enorme investimento no relacionamento com a OIT como espaço de afirmação do Portugal democrático e como referencial para as reformas em matéria de legislação do trabalho e de política social. Seguiu-se a adesão à Comunidade Europeia em 1986, onde Portugal se assume como membro ativo, incorporando as suas diretrizes e equacionando todas as mudanças à luz da globalização e da sua dimensão social. (ILO, 2017)

No âmbito da União Europeia, a primeira diretiva sobre o tempo de trabalho surgiu em 1993 através da Diretiva 93/104/CE relativa a certos aspetos da organização do tempo de trabalho. Contudo, é em 2003 que é criada a Diretiva 2003/88/CE que se estabelece como o início da regulação do tempo de trabalho para todos os membros da União Europeia. (Comissão Europeia, 2017)

A questão da jornada de trabalho de 35 ou 40 horas semanais, tão atual e, simultaneamente, polémica, surge como essencial quando se coloca em causa o equilíbrio do tempo laboral face à qualidade de vida. A cerne da análise resume-se a três aspetos importantes: os efeitos do tempo de trabalho sobre a segurança e saúde no local de trabalho; os efeitos do tempo de trabalho na conciliação com a vida familiar e, a incidência do tempo de trabalho na produtividade (neste âmbito serão essenciais aspetos como o desempenho, a adaptação das horas de trabalho à procura do mercado, a satisfação dos trabalhadores, o seu desempenho e o absentismo). (DGAEP, 2013) (Tomás, 2016)

A realização deste trabalho assenta essencialmente num objetivo específico: a análise do impacto da mudança do horário de trabalho nos cuidados de saúde a nível hospitalar à luz

dos dados obtidos. Além disso, surgem ainda como objetivos deste trabalho para o período de 2013 a 2017:

- Conhecer a evolução dos custos com o pessoal, compreendendo o papel do custo com o trabalho suplementar fruto das alterações económicas da altura,
- Analisar a evolução do número de doentes por médico e por enfermeiro,
- Conhecer taxas de ocupação em internamento,
- Analisar o cumprimento dos TMRG em termos de primeiras consultas e de demora média antes da cirurgia,
- Compreender a evolução da taxa de cesarianas,
- Reconhecer os dados das Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas para Procedimentos Ambulatorizáveis,
- Reconhecer dados sobre a percentagem de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias,
- Inferir da influência da alteração do tempo de trabalho e do custo com as horas extras no custo operacional por doente padrão através da formulação de um modelo matemático.

Este trabalho pretende ser uma análise sobre a produção de cuidados de saúde nos hospitais públicos e parcerias público-privadas (PPP) no país, no período compreendido 2013 a 2017 (contendo, contudo, algumas referências ao ano de 2012), sempre com dados disponíveis, à luz dos resultados apresentados pelo Benchmarking do serviço nacional de saúde (SNS), no que se refere ao desempenho, custo, volume e utilização dos cuidados de saúde; dados relativos ao acesso e, por último, análise à produtividade dos hospitais no período descrito. O estudo iniciar-se-á com uma revisão bibliográfica sobre a temática do horário de trabalho procurando sobretudo enfatizar os efeitos do tempo de trabalho sobre a segurança e saúde no local de trabalho; os efeitos do tempo de trabalho na conciliação com a vida familiar e, a incidência do tempo de trabalho na produtividade (neste âmbito serão essenciais aspetos como o desempenho, a adaptação das horas de trabalho à procura do mercado, a satisfação dos trabalhadores, o seu desempenho e o absentismo). De seguida será feita a exposição à metodologia utilizada para a análise de dados, explanada em capítulo próprio, tendo por base uma análise feita a alguns indicadores disponíveis no sítio do benchmarking da ACSS, comparando com estudos ou informações já existentes sobre os referidos indicadores. Prosseguir-se-á com um estudo econométrico em que, através de um modelo matemático se

estudará a influência das: tempo de trabalho (fazendo referência ao período de laboração das 35 horas e das 40 horas) e custo com as horas extras na variável custo operacional por doente padrão. Finalmente será feita uma reflexão sobre as conclusões obtidas, com considerações sobre dificuldades e possíveis estudos futuros.

2. Síntese da literatura

A organização e regulamentação do tempo de trabalho tem um grande impacto social, económico e político. Os limites semanais do tempo de trabalho são uma das medidas mais importantes regulamentadas pela Organização Internacional do Trabalho desde 1918, onde definia o dia útil de 8 horas e a semana de trabalho de 48 horas. Contudo, sabemos que o século XX foi de particular importância nesta uniformização do horário de trabalho. (ILO, 2011)

Na União Europeia, foi adotada uma diretiva, em 2003, pelo Parlamento Europeu e pelo Conselho da União Europeia nos termos do artigo 137, n.º 2, do Tratado que instituiu a Comunidade Europeia (presentemente artigo 153, n.º 2, do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia), a Diretiva 2003/88/CE. (Comissão Europeia, 2014)

A mesma pretende estabelecer as normas mínimas e comuns a todos os Estados-Membros, com o intuito de proteger os trabalhadores contra os riscos para a saúde e a segurança associados a horários de trabalho prolongados, desajustados e com reduzidos períodos de descanso. É aplicada a todos os Estados-Membros, a todos os setores de atividade (privados e públicos) incluindo aos cuidados de saúde e aos serviços de emergência, com exceção dos trabalhadores independentes. (Comissão Europeia, 2014)

A Diretiva 2003/88/CE refere ainda as prescrições mínimas de segurança e de saúde em matéria de organização do tempo de trabalho, vinculando os Estados-Membros a tomarem medidas para que todos os trabalhadores beneficiem de:

- um período mínimo de descanso de 11 horas consecutivas por cada período de 24 horas e 35 horas ininterruptas de descanso semanal;
- uma proteção adicional quando houver trabalho noturno;
- uma pausa no período de trabalho, se este for superior a seis horas;
- um período mínimo de descanso ininterrupto de 24 horas por cada período de sete dias, às quais se adicionam as 11 horas de descanso diário;
- duração semanal máxima de trabalho de 48 horas, incluindo as horas extraordinárias;
- um mínimo de quatro semanas de férias anuais remuneradas. (Comissão Europeia, 2014)

A diretiva prevê também a flexibilidade na organização do tempo de trabalho contemplando a possibilidade de o empregador poder revogar, em parte, o limite de 48 horas semanais de

trabalho (vulgarmente designada por *opt-out*), mediante alguns requisitos, entre eles, e mais importante, o acordo do trabalhador. (Comissão Europeia, 2014)

Dados relativos a 2009 divulgados pela Organização Internacional do Trabalho mostram que a grande maioria dos países regulamentou o seu tempo de trabalho em torno das 40 horas semanais. Contudo, uma percentagem ainda significativa, continuava a manter um tempo de trabalho superior a 45 horas, nomeadamente alguns países do continente africano. (ILO, 2011)

A crise económica mundial que se iniciou em 2008 influenciou a duração do tempo de trabalho de forma distinta nos vários países da União Europeia. Se em alguns Estados-Membros as condições e o tempo de trabalho permaneceram intactos, outros houve que refletiram na duração da semana de trabalho a sua situação económica. É interessante observar a implicação desta última crise económica mundial nos diversos países da União Europeia, como provam os gráficos que se seguem da figura 1:

Average collectively agreed working time between 1999 and 2014 (hours)

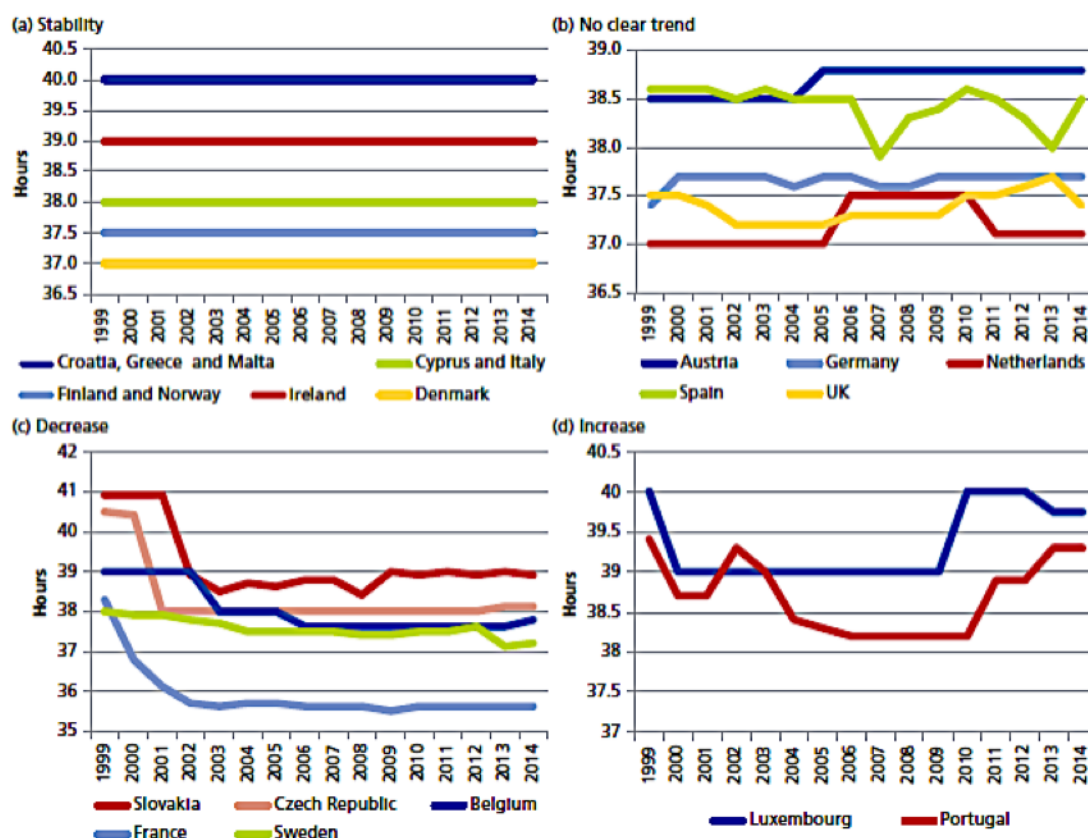


Figura 1: Duração do Tempo de Trabalho em diferentes Estados-Membros, entre 1999-2014. (Adaptado de OECD, 2018a)

Os dados mais recentes divulgados pela OECD permitem comparar o número de horas anuais de trabalho por ano e por trabalhador, e compreender que, em 2016, as variações ainda são significativas. Mas Portugal, apesar de distante de países como a França e a Alemanha, está muito próximo da média dos países da OECD, como aponta o gráfico da figura 2.

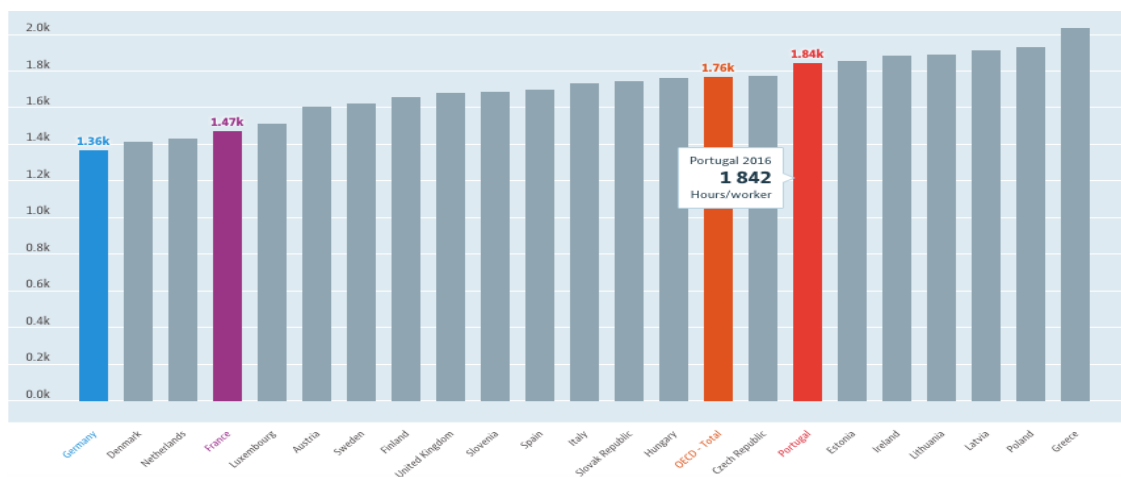


Figura 2: Horas trabalhadas, por ano e por trabalhador, em 2016 em vários países da Europa. (Adaptado de OECD, 2018b)

Relativamente ao *opt out*, dados relativos à União Europeia divulgados pela Eurofound, em 2015, referem poucas alterações desde 2010. Os Estados-Membros mantêm a sua organização em três grandes grupos de países. O primeiro onde estão inseridos a Bulgária, Chipre, Estónia, Malta e Reino Unido aceitam o *opt out* em todos os setores de atividades (refira-se que à data da publicação o Reino Unido era membro da União Europeia). No segundo grupo (Alemanha, Bélgica, Eslováquia, Espanha, França, Hungria, Holanda, Letónia, Polónia e República Checa), o *opt out* apenas é autorizado em determinados setores de atividade, nomeadamente na saúde e em setores onde os trabalhadores estejam “à chamada”. Já o terceiro grupo, é composto por países que não autorizam, de todo, o *opt out*: Croácia, Dinamarca, Finlândia, Grécia, Irlanda, Itália, Lituânia, Luxemburgo e Portugal. (Eurofound, 2015)

Em todos os Estados-Membros, os parceiros sociais estão envolvidos na formulação da própria legislação, embora em diferentes níveis. A estabilidade do tempo de trabalho acordado é também a característica mais evidente em todos os setores analisados para a

maioria dos Estados-Membros. Muita desta legislação é fruto do código do trabalho do país e também das negociações com os sindicatos das classes profissionais. (Estevez, 2013)

A Comissão Europeia, no seu relatório de 2017 sobre a aplicação nos Estados-Membros da Diretiva 2003/88/EC relativa a determinados aspetos da organização do tempo de trabalho, mostra as exceções em vários Estados-Membros, nomeadamente no setor público, como é o caso das forças armadas, da polícia e de outras forças de segurança, bem como dos serviços de proteção civil, como os bombeiros e os guardas prisionais. No que respeita ao setor privado, vários Estados-Membros excluem os trabalhadores domésticos. Além disso, o documento não declara limites absolutos em caso de contratos simultâneos com uma ou mais entidades patronais. (Comissão Europeia, 2017b)

2.1 Regulamentação e a evolução do tempo de trabalho em Portugal

Em Portugal, desde 1991, muito se tem evoluído em matéria de duração do tempo de trabalho. Além da influência de países como Alemanha, França e Itália, as obrigações decorrentes da adesão à CEE, a 1 de Janeiro de 1986, foram também fundamentais. (Estevez, 2013)

A 1 de Janeiro de 1991 é reduzido o tempo de trabalho de 48 para 44 horas semanais. Em 1995 é aprovado o horário de trabalho de 40 horas semanais, conjugado com a possibilidade de haver um horário de trabalho suplementar adaptado às necessidades das organizações. (Estevez, 2013) Ressalva-se que em 2018, no setor privado, ainda vigoram as 40 horas semanais de trabalho.

O enquadramento jurídico que regula o tempo de trabalho na administração pública também foi evoluindo em Portugal. Em 1988, através do Decreto-lei n.º 187/88, de 27 de Maio, o tempo de trabalho variava entre 35 e 45 horas semanais, conforme a categoria profissional: para pessoal técnico superior, técnico, técnico-profissional, administrativo e telefonistas o horário era de 35 horas semanais, enquanto que para o pessoal auxiliar era de 40 horas semanais e, no caso de pessoal operário, o horário semanal era de 45 horas. (DGAEP, 2013)

Dez anos mais tarde, através do Decreto-lei n.º 259/98, de 18 de Agosto, surgiu mais uma tentativa de equiparar o horário de trabalho entre todas as categorias profissionais na

administração pública, culminando numa equiparação total, a partir do ano de 2000, nas 35 horas semanais. (DGAEP, 2013)

Em 2003, surge o primeiro Código do Trabalho em Portugal (e respetiva regulamentação). Foi atualizado em 2009 pela Lei n.º 7/2009 de 12 de Fevereiro, ainda em vigor, que consolidou o regime jurídico na salvaguarda das condições de trabalho. (Neto, 2011) O mesmo tem vindo a ser atualizado, no sentido de ir ao encontro das necessidades laborais atuais, sendo a última atualização (a décima segunda) datada de 16 de Agosto de 2017.

Mais recentemente, a Lei 23/2012 veio alterar o tempo de trabalho na administração pública como resultado do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, assinado em 17 de Maio de 2011 pela República Portuguesa, o Banco Central Europeu, a União Europeia e o Fundo Monetário Internacional, no âmbito do programa de auxílio financeiro a Portugal. (Campos Lima, 2016a)

A Lei n.º 68/2013, de 29 de Agosto, veio estabelecer no artigo 2.º que o período normal de trabalho passa a ser de 8 horas por dia, perfazendo um total de 40 horas por semana. Esta lei surgiu como parte do programa do XIX Governo Constitucional, com início em Outubro de 2013 para grande parte da Administração Pública em Portugal. (Campos Lima, 2016a)

Em 2016, no âmbito do programa do XXI Governo Constitucional, regressam as 35 horas para a administração pública, com início a 1 de Julho de 2016 através da Lei n.º 18/2016, de 20 de junho.

2.2 A relação entre tempo de trabalho e produtividade

Em Portugal, como noutros países, em períodos de crise económica, o equilíbrio entre o crescimento económico, a competitividade e a produtividade das empresas é de difícil alcance. O maior desafio surge quando se pretende equilibrar a produtividade, a criação de emprego e uma adequada proteção dos direitos dos trabalhadores. Por vezes, fruto de reformas sociais e laborais em períodos de crise, a duração do tempo de trabalho é alterada. (Estevez, 2013)

A gestão do tempo de trabalho, na perspectiva empresarial, é um elemento importante na competitividade, sendo a flexibilidade do tempo de trabalho utilizada, por exemplo, como instrumento para tentar a redução dos custos laborais, aumento da competitividade e adaptação em períodos de diminuição da procura. (Estevez, 2013)

Os horários de trabalho flexíveis são também uma forma de equilibrar a vida familiar e laboral, o que constitui uma das prioridades das políticas da União Europeia, existindo também variações significativas no apoio que cada Estado-Membro proporciona aos seus trabalhadores. O gráfico que se segue, constante na figura 3, retirado de um documento oficial da Eurofound, destaca estas diferenças entre alguns dos Estados-Membros relativamente à flexibilidade no horário de trabalho. No mesmo, podemos confirmar que nos países Nórdicos, por exemplo, os horários flexíveis são uma realidade enquanto que, por outro lado, nos países de Leste não é frequente. (Eurofound, 2017)

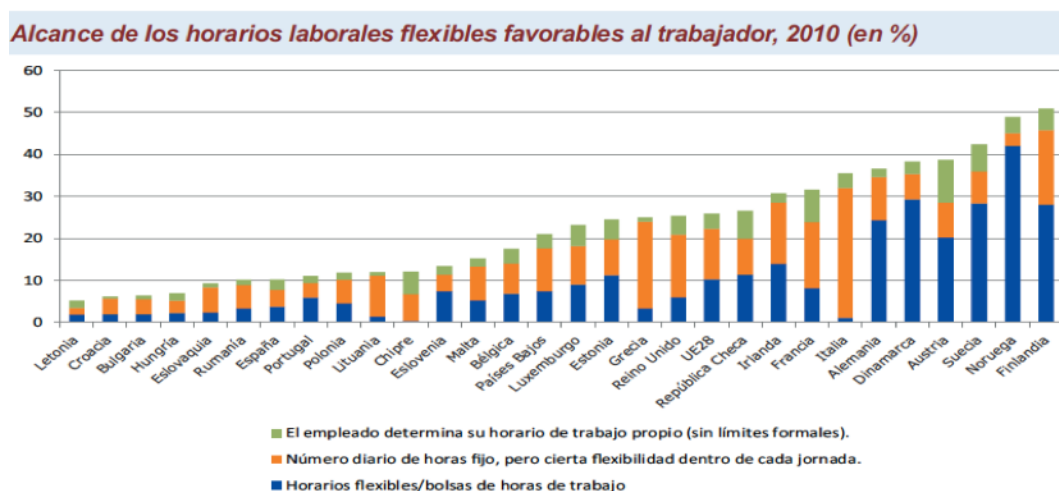


Figura 3: Relação entre horários flexíveis, fixos e ajustados às necessidades dos trabalhadores na Europa. (Adaptado de Eurofound, 2017)

A Corporate Voices for Working Families em 2011, citado por Golden (2012) refere que, por exemplo, a empresa Deloitte calculou que economizou mais de 41 milhões de dólares num ano, proporcionando flexibilidade de horário aos seus trabalhadores que, de outro modo, seriam obrigados a sair da empresa.

Relativamente ao efeito das horas trabalhadas sobre a produtividade, é importante salientar que pode haver uma relação direta entre práticas de trabalho flexíveis e o desempenho

organizacional. Isto é, a utilização de práticas de trabalho flexíveis tende a gerar um melhor clima organizacional, o que, por sua vez, tende a melhorar o desempenho das organizações e respetiva produtividade. (Golden, 2012)

Quando se fala em atrasos (ou falta de pontualidade) ou absentismo, Golden (2012) cita Ala-Mursula et al. (2002) referindo que um horário flexível parece diminuir a incidência de atrasos, embora a redução seja mais significativa no sexo feminino, o que é confirmado por Casey e Grzywacz (2008) comprovando que horários de trabalho flexíveis tendem a diminuir o absentismo e ainda, verificado por Posserriede (2011), a longo prazo, estes mesmos horários, para além de diminuírem as taxas de absentismo, podem melhorar a saúde devido à redução do stress e ao aumento da satisfação no trabalho. (Golden, 2012) Não obstante, apesar dos potenciais benefícios, Golden (2012) verificou que o recurso a horários de trabalho flexíveis foi subutilizado, sobretudo porque não trazia ganhos potenciais para as organizações sob a forma de sustentabilidade do trabalho e de redução de custos com os trabalhadores a longo prazo.

Facilmente se compreende que, em períodos de crise, muitas vezes a resposta institucional é o aumento do tempo de trabalho. Contudo, a literatura científica relevante para o tema não encontra uma teoria coerente que explique a relação, direta ou indireta, entre o número de horas trabalhadas e a produtividade dos trabalhadores. (ILO, 2011) (ILO, 2012)

Cette e colaboradores publicaram, em 2011, um estudo onde fizeram uma análise empírica testando se a elasticidade da produtividade horária em função do tempo de trabalho seria negativa. Recorreram a dados em painel de países da OECD e concluíram que a elasticidade da produtividade, por hora, para o tempo de trabalho é negativa e diminui com o tempo de trabalho, mas o seu coeficiente não é fortemente significativo. Os autores referem ainda, que um aumento de 1% no tempo de trabalho levaria a uma diminuição da produtividade de aproximadamente -0,9% para o limiar de 1925 horas e de 1% para o limiar de 2025 horas. Os resultados das estimativas empíricas fornecem algumas evidências para a existência de retornos decrescentes no tempo de trabalho e oferecem uma confirmação parcial da hipótese de que esses retornos diminuiriam com o tempo de trabalho. (Cette et al., 2011)

Golden, citado anteriormente, publicou em 2012 um artigo de revisão sobre os vários efeitos do tempo de trabalho nas suas múltiplas dimensões, fruto da pesquisa realizada na literatura

existente até ao ano 2000. Discute, em particular, os efeitos de longas horas de trabalho e da flexibilidade nos horários de trabalho e o seu impacto tanto na produtividade como na performance da instituição (através dos custos de mão-de-obra a longo prazo subjacentes). É amplo, também, nas dimensões que considera, relativamente ao tempo de trabalho e às suas características: duração, flexibilidade, variabilidade (imprevisibilidade) e divergência das preferências (incompatibilidade – sobre emprego e subemprego). A sua revisão bibliográfica, feita para a ILO, fornece bastantes contributos neste âmbito. Citou um estudo de dados em painel a 18 indústrias dos EUA, que indica que o uso de horas extras diminui a produtividade média, medida como a produção por hora de trabalho. Mais precisamente, um aumento de 10% nas horas extras resultou, em média, numa diminuição de 2,4% da produtividade medida por produção horária. O autor refere ainda que horários de trabalho mais prolongados têm um efeito adverso na saúde do trabalhador, devido à fadiga e ao stress que provocam, o que tende a influenciar a produtividade abaixo do seu potencial. ((Sparks et al. (2001); Van der Hulst (2003); Caruso et al (2004); Golden et al. (2011) citados por Golden (2012))

Porém, é difícil de quantificar a produtividade em função do número de horas trabalhadas, sobretudo no chamado trabalho intelectual, em que, na maioria das vezes, os *outputs* não se traduzem em produtos tangíveis. (ILO, 2011)

A organização Internacional do Trabalho refere ainda que o recurso reiterado a horas extraordinárias (*overwork*) contribui para uma produtividade abaixo do expectável, além da fadiga e stress que poderá causar nos trabalhadores que, a curto, médio ou longo prazo, podem alterar a produtividade. (Golden, 2012)

As políticas de redução do tempo de trabalho, geralmente associadas à luta contra o desemprego ou diminuição dos custos globais, podem ter efeitos sobre o bem-estar dos trabalhadores. Compreender de que forma estes custos da redução do tempo de trabalho podem ser positivos ou negativos é o cerne da questão. A consulta a estudos da área aponta em várias direções. Se por um lado, semanas de trabalho mais curtas, estariam a aumentar o tempo para o lazer (o que poderá ser uma forma óbvia de melhorar o bem-estar dos trabalhadores), por outro, reduzir o horário de trabalho criaria uma grande reorganização nos processos de produção, cujos efeitos no bem-estar dos trabalhadores podem ser negativos. É, por isso, difícil chegar a uma conclusão clara no que diz respeito aos efeitos da redução das horas de trabalho sobre o bem-estar dos trabalhadores. (Lepinteur, 2016)

Saffer e Lamiraud em 2008, analisaram o tempo de interação social nos EUA e na França, tendo em consideração que esta última, desde 1998, reduziu o tempo de trabalho para 35 horas (com aplicação sequenciada nas várias instituições até 2002, cujo objetivo máximo era a criação de novos empregos). Os autores citaram ainda como referência para início do seu estudo Prouteau e Wolff (2002), que mostraram que as atividades de interação social são maiores para aqueles que trabalham a tempo parcial ou que beneficiam de horários de trabalho flexíveis. Contudo, chegaram à conclusão, comparando dados dos EUA e da França, que as horas de trabalho não são um fator determinante da interação social, pois os resultados franceses e norte-americanos foram bastante semelhantes. Portanto, de acordo com estes autores, não há evidência de que quem trabalha menos horas tenha mais tempo de interação social, não se podendo descorar, por exemplo, as variáveis sexo, idade, nível de educação e estado civil como significativas no nível de interação social. (Saffer & Lamiraud, 2012)

Anthony Lepinteur, em 2016, estudou esta questão através dos casos da França e de Portugal, países nos quais as políticas de redução do tempo de trabalho foram introduzidas em 2000 e 1996, respetivamente. Como conclusões do estudo, o autor sublinha que a semana de 35 horas gerou algumas melhorias no bem-estar dos trabalhadores. A redução do horário de trabalho em França criou um aumento de 0,1 ponto na satisfação com o trabalho, numa escala de 1 a 6. A título de ilustrativo, o autor refere que esse aumento é o equivalente ao efeito produzido por uma promoção. As conclusões do caso francês são confirmadas pela observação de aumentos similares de bem-estar em Portugal na sequência da política de 1996 para reduzir o horário de trabalho. (Lepinteur, 2016) Ainda assim, o autor refere no seu estudo que esses ganhos não afetaram igualmente todos os trabalhadores. Por exemplo, o aumento da satisfação com o trabalho no setor industrial é mais pronunciado. Os homens beneficiaram mais do que as mulheres. (Lepinteur, 2016)

Se houver a intenção de produzir aumentos substanciais no bem-estar no trabalho, uma redução no horário de trabalho não é suficiente, devendo ser acompanhada de condições favoráveis para os trabalhadores. (Lepinteur, 2016)

Outro dos maiores desafios da atualidade diz respeito à necessidade do equilíbrio entre a performance económica, a sustentabilidade das organizações e a qualidade de vida dos trabalhadores. Sabemos que pressões laborais acrescidas, longas horas de trabalho e insegurança no trabalho são fontes de stresse e, por conseguinte, interferem de forma negativa na família, levando, também por sua vez, a impactos negativos no trabalho. Esta

relação parece ser de causa-efeito, porque trabalhadores satisfeitos têm melhor qualidade de vida, repercutindo-se em melhores relações familiares, que, por sua vez, conduzem à satisfação pessoal e, influenciando positivamente o desempenho no trabalho. Esta relação é mostrada na figura 4:

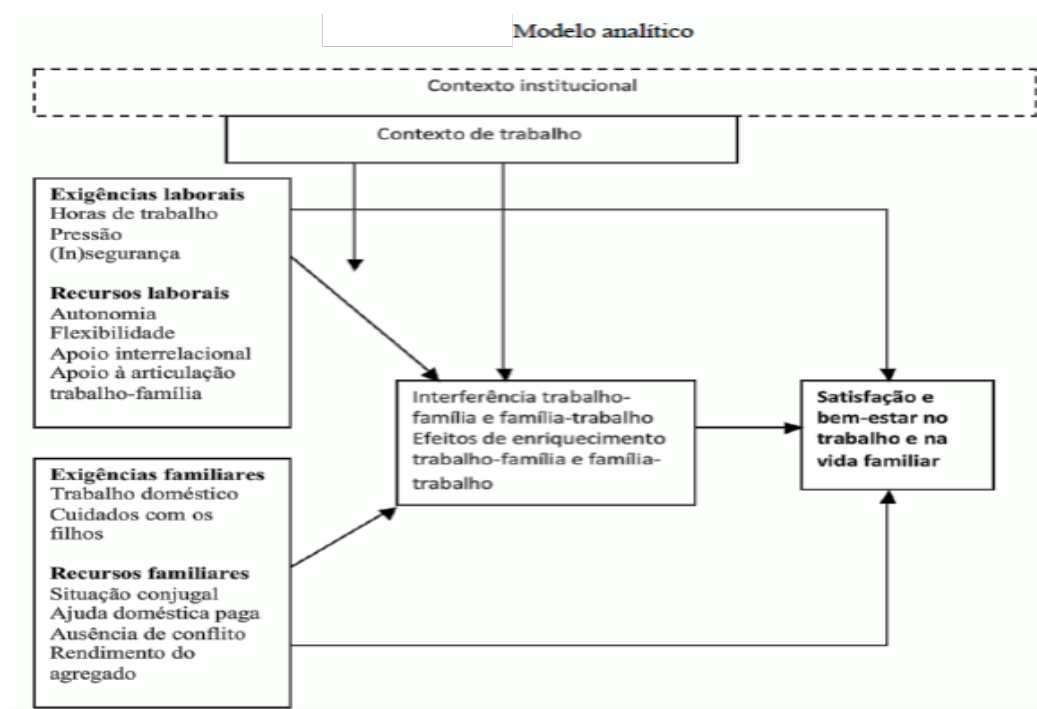


Figura 4: Relação entre recursos familiares e exigências laborais. (Adaptado de Rodrigues, 2010)

A satisfação geral com o trabalho está estagnada ou em queda em muitos países. Vários estudos demonstram que é bem mais fácil descrever o nível de satisfação no trabalho do que saber como mudá-lo. É possível estabelecer várias relações após a consulta a vários trabalhos, entre elas: a satisfação no trabalho poder estar relacionada com um rendimento mais elevado; a qualidade do trabalho poder aumentar a produtividade do trabalhador e ainda, que empregos de maior qualidade proporcionem trabalhadores mais produtivos, permanecendo mais tempo no mesmo emprego e com menores taxas de absentismo. (Clark, 2015) No entanto, apesar de se conhecer estas relações, saber quais as dimensões para que o trabalhador considere estar satisfeito com o trabalho é algo mais abrangente. De acordo com Clark (2015) são conhecidas seis dimensões: (1) o salário, (2) o número de horas de trabalho (horas reais trabalhadas e desejadas), (3) as perspectivas futuras (oportunidades de promoção e segurança no emprego), (4) ser um trabalho duro/físico (sensação de exaustão, trabalho físico

duro, stresse e trabalho em condições adversas), (5) o conteúdo do trabalho (percepção de trabalho interessante, utilidade para a sociedade e autonomia) e, por último, (6) as relações interpessoais existentes (com órgãos de gestão e colegas de trabalho). (Clark, 2015)

A importância relativa destas dimensões não é necessariamente igual para todos e/ou inclusive para a mesma pessoa, em fases diferentes. Para além disso, por exemplo, as características individuais dos trabalhadores poderão influenciar: trabalhadores com motivação intrínseca são mais propensos a trabalhar sem fins lucrativos e trabalhadores extrovertidos são mais propensos a escolher empregos com oportunidades de interação (o "ajuste de personalidade" do trabalhador para o trabalho). Em suma, a interação entre os interesses das empresas e dos trabalhadores determinará a qualidade dos empregos no mercado de trabalho. (Clark, 2015)

Um estudo realizado em 2014, denominado por *"Is Work Bad for Health? - The Role of Constraint vs Choice"* por Bassanini e Caroli, fez uma revisão bibliográfica sobre o efeito do trabalho na saúde, mostrando a importância da escolha do trabalhador como fator causal. No mesmo estudo concluiu-se que trabalhar longas horas era nefasto para a saúde, em particular quando as atividades não correspondem às vontades e expectativas dos trabalhadores. Simetricamente, quando testada uma redução no tempo de trabalho, este facto parecia ter impacto positivo sobre os comportamentos de saúde. Foi verificado também, relativamente ao momento da reforma, que quando a mesma era imposta, ou não era obtida quando pretendida pelo trabalhador, ambas as situações tinham efeitos negativos sobre a saúde dos trabalhadores. (Bassanini & Caroli, 2014)

Relativamente a estudos sobre o fator da vontade de cada trabalhador, Golden e Wiens-Tuers (2008) citado por Golden (2012), referem que o trabalho em horas extras tem um efeito menos negativo se for voluntário, embora, ainda assim, associado a maior fadiga.

Heisz e La Rochelle-Côté (2006) citado por Golden (2012) descrevem que uma maior variação nas horas de trabalho realizadas tende a reduzir o bem-estar, quando a variação não reflete a vontade do trabalhador.

Boden (2005), Costa et al. (2006), Dembe et al. (2007), Hughes e Parkes (2007) citado por Golden (2012) descrevem que um maior controlo por parte do trabalhador do número de horas de trabalho atenuam alguns dos efeitos negativos sobre a incidência de lesões relacionadas com o trabalho, doenças e stresse. (Golden, 2012) Portanto, qualquer mudança

na organização do trabalho que não seja favorável aos trabalhadores parece ter consequências adversas para a saúde. Ou, de outro modo, mudanças no estado ou condições de trabalho, desejadas pelos trabalhadores, parecem ter impactos positivos na saúde. Neste sentido, surge a ideia de que a escolha do trabalhador *versus* imposição de uma nova medida, é um fator determinante no que toca às implicações do trabalho na saúde. (Bassanini & Caroli, 2014)

Um trabalho realizado por Collewet e Loog em 2014, analisou o efeito das horas semanais sobre o bem-estar dos funcionários do setor público na Alemanha, em diferentes estados e em diferentes grupos de trabalhadores. O trabalho foi desenvolvido porque os estudos mais antigos analisados pelos autores apresentavam conclusões ambíguas, uma vez que não era claro se os resultados apresentados identificavam um efeito causal do tempo de trabalho semanal no bem-estar, havendo, por exemplo, a hipótese de causalidade reversa, isto é, os indivíduos mais felizes tendem a trabalhar mais horas. Chegaram à conclusão que, no grupo analisado, o efeito do tempo de trabalho semanal sobre a satisfação com a vida não é linear, mas sim de uma curva em U invertida. Isto é, um aumento do número de horas de trabalho é favorável se o trabalhador trabalha poucas horas, mas prejudicial se já trabalha muitas horas, ou seja, depende da situação específica de cada indivíduo e do tempo de trabalho. O estudo também não foi conclusivo relativamente ao limiar acima do qual um aumento do número de horas de trabalho semanal pode ser prejudicial para a satisfação pessoal. (Collewet & Loog, 2015)

Uma análise feita por Sallinen e Kecklund em 2010, debruçou-se sobre alguns estudos feitos no âmbito da qualidade do sono, sonolência e trabalho por turnos, incluindo trabalho noturno. Em vários estudos foi demonstrado que turnos prolongados (>16 horas) e jornadas semanais longas (>55 horas) estão associados a distúrbios do sono e sonolência, pois alteram o horário de sono-vigília e o ritmo circadiano. Um estudo com enfermeiros, citado pelos mesmos autores, revelou que turnos superiores a 12 horas e 30 minutos aumentaram a prevalência de *noddind off*, pelo que facilmente se compreende que a referida medida aumenta a possibilidade da ocorrência de erros. Este estudo introduz um novo contributo, referindo que, ao longo dos anos, horários de trabalho prolongados e turnos rotativos alteram o estado de saúde dos profissionais, pois tendem a diminuir o tempo disponível para cuidados promotores de saúde. (Sallinen & Kecklund, 2010)

Os profissionais de saúde trabalham em ambientes altamente exigentes que, muitas vezes, fogem do seu controlo e do das instituições, porque lidam com situações de emergência,

variações na procura, são expostos a materiais perigosos e a doenças contagiosas, o que potencia altos níveis de stresse. (Kramer & Son, 2016)

Um estudo longitudinal de dezoito anos, levado a cabo por Kramer e Son, publicado em 2016, analisou dados de profissionais de saúde do National Longitudinal Survey of Youth de 1992 a 2010, para estimar a relação entre tempo de trabalho, saúde física a longo prazo, satisfação com o trabalho e a rotatividade entre trabalhos. Apresenta como principais conclusões que os profissionais de saúde que trabalham mais horas têm tendência a ter um maior índice de Massa Corporal (IMC) e a uma maior rotatividade nos trabalhos. Além disso, há evidências que, a longo prazo, a saúde física destes profissionais, tal como estimado pelas alterações do IMC, é afetada negativamente pelos horários de trabalho. (Kramer & Son, 2016)

Van der Hulst (2003) citado por Golden (2012) refere que trabalhar além das horas normais aumenta o risco de lesões no trabalho e acidentes. Salminen (2010) citado por Golden (2012) também refere que o risco de lesões ocupacionais é duplicado quando os funcionários trabalham mais de 12 horas por dia. O mesmo autor indica que o aumento no horário de trabalho para 50 horas por semana, e no caso dos homens em particular, contribui indiretamente para a hipertensão e para a redução do tempo de sono.

Trinkoff et al. (2006), Johnson e Lipscomb (2006) e Aiken et al. (2002) citado por Golden (2012) referem que enfermeiros que trabalham mais horas e horas incertas (por exemplo, nos casos de trabalhos à chamada) correm um risco significativamente maior de terem distúrbios músculo-esqueléticos, agudos e cumulativos (particularmente dor nos ombros), mas também dor nas costas e no pescoço. (Golden, 2012)

Um trabalho de análise qualitativa realizado por Smith (2016) a três empresas no Reino Unido (duas privadas e uma pública), no início da crise financeira em 2008, revela que existem pressões competitivas crescentes e, por isso, as "necessidades do negócio" são priorizadas em relação às responsabilidades. Nas organizações do setor privado há uma redução do trabalho flexível. Este artigo contribui para os debates atuais sobre o equilíbrio entre o trabalho e qualidade de vida, especialmente quando se fala em trabalho para além das horas standard (9-17h), criando desafios adicionais para os horários e rotinas familiares. (Smith, 2016)

Raposo e Van Ours, em 2008, analisaram os efeitos da redução do tempo de trabalho em Portugal no ano de 1996 de 44 para 40 horas semanais. Os autores usaram um conjunto de

dados longitudinais, recolhidos anualmente pelo Ministério do Trabalho, onde combinavam empresas e trabalhadores durante uma semana de trabalho. Definiram como variáveis: as horas normais de trabalho, horas extras, salários por hora e salários mensais. Concluíram que, inicialmente, um efeito na redução do número de horas de trabalho é compensado pelo uso de horas extraordinárias, havendo um pequeno aumento do valor do salário por hora traduzido numa pequena redução do salário mensal. Para além disso, trabalhadores com horários de trabalho entre 40-42h estavam menos propensos a perderem os seus empregos. Os autores citam Varejão (2005) referindo que a lei aprovada em 1996 não foi utilizada como medida de criação de empregos (reduzindo consequentemente a taxa de desemprego) mas porque o governo da altura queria equiparar o horário de trabalho em Portugal às médias europeias. Citam ainda o mesmo autor (Varejão, 2005), porque este realizou um estudo concluindo que os efeitos da redução do tempo de trabalho se observavam na presença de salários baixos e repercutidos pelo uso de horas extras. (Raposo & Van Ours, 2010)

Kallis et al., em 2013, publicaram um artigo de revisão bibliográfica, onde refletiram sobre os prós e os contras da redução do tempo de trabalho na Europa, debruçando-se sobre a relação entre o horário de trabalho, a produtividade, o emprego, a qualidade de vida e o meio ambiente. Analisaram horários de trabalho muito díspares num mesmo país, citando o caso francês, onde a semana média de trabalho era de 35,3 horas em 2002, mas 60% dos trabalhadores independentes trabalhavam 49 horas por semana ou mais, e desses, quase 40% trabalhavam 60 horas por semana ou mais. Apontaram como exemplos o caso do setor financeiro, onde era habitual a semana de trabalho de 38,2 horas, e no setor da hotelaria e restauração, em que se registavam 41,04 horas de trabalho semanal. (Kallis et al., 2013)

O artigo de Kallis et al apresenta o conceito de produtividade de uma forma particularmente interessante. Distingue *productivity* de *productiveness*. O primeiro conceito (*productivity*) é usado, comumente, como medida de proporção: é calculada dividindo a produção económica gerada pelo capital e pelo trabalho por um fator de contribuição (geralmente o número de trabalhadores, horas de trabalho ou custos do trabalho). Já o segundo conceito (*productiveness* - ou capacidade produtiva) é uma medida da qualidade de ser produtivo ou de ter a capacidade de produzir. Apresenta como exemplos uma máquina mais produtiva que é capaz de produzir com maior rapidez (um exemplo de *productivity*) e um trabalhador mais produtivo que é capaz de trabalhar de forma mais criativa ou mais rápida obtendo produtos de maior qualidade (*productiveness*) graças às suas habilidades ou motivação aumentada. Portanto, a produtividade pode ser gerada por um de dois modos, ou pelos dois em conjunto: uma máquina mais

rápida/mais flexível ou trabalhadores mais produtivos, ou, ainda, a possibilidade de uma combinação dos dois. (Kallis et al., 2013) Deste modo, a redução do tempo de trabalho pode não ter uma relação tão direta quanto esperado na produtividade.

O mesmo estudo aponta para um modelo de procura elaborado por Fitzgerald (1998). Este modelo descreve o efeito da diminuição das horas de trabalho como dispar: se por um lado diminuir as horas de trabalho aumenta o emprego, por outro, pode levar a grandes discrepâncias nos salários, produtividade e consumo, o que normalmente aumenta a dissimelhança salarial entre trabalhadores qualificados e não qualificados uma vez que, regra geral, uma política de redução do tempo de trabalho aumenta os salários e o consumo nos trabalhadores qualificados, originando o inverso para os não qualificados. (Fitzgerald, 1998) (Kallis et al., 2013) No mesmo modelo, Fitzgerald (1998) descreveu a realidade de uma empresa que escolheu o número de trabalhadores e as horas trabalhadas para maximizar os lucros. O modelo analisou o efeito de uma redução de horas semanais (de quarenta para trinta e cinco horas) em vários aspetos da produção, um dos quais é criação de emprego. Fitzgerald descobriu que o efeito varia drasticamente, dependendo dos números utilizados para os vários parâmetros de produção no modelo, como produtividade, custos de mão-de-obra fixos e variáveis. A menos que a redução das horas esteja associada a um grande aumento na produtividade de um número fixo de trabalhadores e/ou a um declínio substancial nos salários semanais, o modelo de Fitzgerald prevê pouco (se houver) impacto positivo na criação de emprego. (Kallis et al., 2013)

Kallis et al. consideram que as horas de trabalho se correlacionam positivamente com a pegada ecológica e o consumo de energia *per capita*. No entanto, é impossível inferir, a partir destes estudos, se é uma redução (ou aumento) no horário de trabalho que causa uma redução (ou aumento) do impacto ambiental, ou se existe uma terceira variável omitida que se correlaciona o horário de trabalho com o impacto ambiental (como por exemplo, instituições, cultura, tecnologia ou economia nacional). O mesmo estudo cita um estudo de Knight et al. (2012) que analisou dados em painel para 29 países de elevados rendimentos, relacionando horários de trabalho mais curtos com pegadas ecológicas mais baixas e propondo a questão do horário de trabalho como central no âmbito das preocupações económicas e ambientais. (Kallis et al., 2013) (Knight et al., 2012) Porém, Kallis et al. (2013) são determinados a afirmar que os benefícios ambientais não devem ser considerados como garantidos, a menos que existam políticas estruturais nesse sentido. Salientam que a redução do horário de trabalho pode reavivar o crescimento económico

ao aumentar o consumo (o “efeito Ford”), ao mesmo tempo em que aumenta o uso de recursos, o desperdício e as emissões de carbono.

Em suma, a análise de Kallis et al. (2013), para dar resposta a uma questão inicial relativa à possibilidade da semana de trabalho mais curta e com menos um dia (a sexta feira), conclui que há razões para acreditar que reduzir o horário de trabalho pode absorver algum desemprego, especialmente a curto prazo. Para além disso, pode trazer enormes benefícios para a qualidade de vida das pessoas. Os benefícios ambientais são prováveis, mas dependem de forma crucial de políticas complementares ou condições sociais que garantam que o tempo liberto não será direcionado ao consumo intensivo de recursos ou prejudicial ao meio ambiente. É questionável se a redução do horário de trabalho é sustentável nos limites de recursos e alterações climáticas a longo prazo. Em síntese, embora os resultados da redução do horário de trabalho sejam incertos, poderá ser uma medida provisória para aliviar o desemprego, enquanto outras mudanças estruturais necessárias seriam instituídas. (Kallis et al., 2013)

Já em 2008, num estudo publicado por Estevão e Sá, em que foram analisados os efeitos da redução da semana de trabalho em França para 35 horas, se verificou que o impacto da redução do tempo de trabalho variava, por exemplo, em função do género (mulheres beneficiaram mais do que os homens). Houve também evidências de efeitos negativos para o bem-estar dos gestores.

A bibliografia consultada mostra que a relação entre a semana de trabalho, a produtividade e o bem-estar do trabalhador não é clara nem direta. Se estudos afirmam que um menor número de horas de trabalho semanais potencia o bem-estar dos trabalhadores, outros há que assumem não o poderem afirmar.

Este trabalho pretende ser uma análise ao impacto nos cuidados de saúde da alteração do horário semanal de trabalho na administração pública, como vimos, decorrente entre outubro de 2013 e 30 de junho de 2016. Esta análise requer também a compreensão sucinta do Sistema Nacional de Saúde Português.

2.3 O Sistema Nacional de Saúde em Portugal

O Sistema Nacional de Saúde em Portugal conheceu um momento determinante aquando da revolução de Abril de 1974. Porém, a primeira lei de segurança social foi publicada em

1946, referindo que os cuidados de saúde eram prestados aos trabalhadores e seus dependentes, eram financiados pelos fundos de segurança social e doença e pagos através de contribuições obrigatórias pelos trabalhadores e empregadores. (Simões et al., 2017) (Baganha et al., 2002)

Com a revolução de 1974, veio um período de reestruturação dos serviços de saúde e, em 1979, foi criado o SNS. (Simões et al., 2017) (Baganha et al., 2002)

A Lei de Bases da Saúde, criada em 1990 pela Lei nº 48/90 de 24 de Agosto do Ministério da Saúde, caracterizava o SNS como universal quanto à população abrangida, tendencialmente gratuito, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, abrangente, prestando cuidados globais ou garantindo a sua prestação, asseverando a equidade no acesso dos utentes, atenuando possíveis efeitos de desigualdades económicas e geográficas no acesso aos cuidados de saúde e ainda, tendo uma organização regionalizada e uma gestão descentralizada e participada.

Na atualidade, o SNS é caracterizado pela existência de três sistemas sobreponíveis: o SNS, os subsistemas de saúde (planos de saúde públicos ou privados para determinados grupos profissionais e empresas) e pelos seguros voluntários de saúde. (Simões et al., 2017) Um mesmo cidadão pode até, usufruir dos três sistemas em conjunto.

A regulação e o planeamento do sistema de saúde são quase exclusivamente realizados pelo Ministério da Saúde (MS) e pelas suas instituições, enquanto a gestão do SNS é assegurada a nível regional pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), criadas em 1993. (Simões, 2017). O governo, através do Ministério da Saúde, é também o responsável pelo desenvolvimento das políticas de saúde, da sua implementação e supervisão. Na figura 5, está resumida a organização do Ministério da Saúde. Na mesma, verifica-se que o Ministério da Saúde assume a função de regulação, auditoria e inspeção das atividades desenvolvidas, quer por prestadores de cuidados dentro do SNS, quer por instituições privadas, convencionadas ou não com o SNS.

Organograma do Ministério da Saúde



Figura 5: Organograma do Ministério da Saúde. (Adaptado de Simões et al, 2017)

Todos os cidadãos residentes em Portugal são cobertos pelo SNS, independentemente da sua condição socioeconómica, laboral ou legal. Este é universal, geral e quase gratuito no ponto de consumo dos cuidados de saúde, desde a sua criação até à atualidade. Numa perspetiva de financiamento, os cuidados de saúde no SNS tendem a ser gratuitos, no entanto, a cobrança de taxas moderadoras é possível desde que estas tenham apenas uma função de moderação do consumo. (Barros et al., 2011)

O SNS presta, sobretudo, cuidados primários e cuidados hospitalares especializados. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica, diálise renal e tratamentos de reabilitação são frequentemente prestados pelo setor privado, apesar de em grande parte financiados pelo SNS, através de convenções. Já no que refere a consultas de especialidade ou de tratamentos dentários, estes são, na sua maioria, pagos diretamente do bolso dos utentes. Dados citados por Simões et al. (2017) de um Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006), referiam que aproximadamente 92% das consultas dentárias e 60% das consultas de especialidade foram realizadas no setor privado. (Simões et al., 2017)

O sistema de financiamento em Saúde sofreu várias alterações nos últimos anos. A partir de 2011, foram implementadas reformas no sector da saúde impostas pelo Memorando de

Entendimento assinado entre o XIX Governo Constitucional, o Banco Central Europeu, a União Europeia e o Fundo Monetário Internacional que se traduziu num empréstimo de 78 mil milhões de euros a Portugal. (Simões et al., 2017) (Barros, 2012)

As principais reformas incidiram em cinco áreas: a regulação e governação; a promoção da saúde; o mercado farmacêutico; os cuidados continuados e paliativos e ainda os cuidados de saúde primários e hospitalares. Uma das medidas resultou no aumento das taxas moderadoras, contrabalançado com um alargamento das isenções, tendo por base uma isenção por condições económicas em vez das situações de doença, como até aí. Concretizando, antes do aumento em 2012, as taxas moderadoras representavam 0,74% da receita total do SNS em 2010, 0,95% em 2011 e passaram para 1,7% em 2012. (ERS 2013 citado por Simões et al., 2017)

O objetivo principal no sector da saúde do Memorando de Entendimento era a contenção de custos e a melhoria da eficiência do sistema, obtida essencialmente através da redução dos salários dos profissionais de saúde, cortes na despesa com medicamentos e revisão de preços na relação do SNS com os prestadores privados convencionados. No âmbito da prática médica, foram introduzidas normas de orientação clínica. (Simões et al., 2017) (Barros, 2012)

Os desafios futuros, de acordo com o mesmo autor, incluem o equilíbrio entre a sustentabilidade financeira e as melhorias do SNS em áreas carenciadas, como a saúde oral, a saúde mental e os cuidados paliativos e, de forma mais abrangente, o aumento da esperança de vida saudável.

Simões et al. (2017), salientaram no seu relatório que os cortes salariais nos recursos humanos da saúde, decorrentes da aplicação do Memorando de Entendimento, deram origem a salários mais baixos, comparativamente ao setor privado e outros países europeus, criando uma onda de emigração de profissionais de saúde, traduzindo num desafio futuro a sustentabilidade da força de trabalho em Portugal. Outro dos desafios diz respeito à melhoria na gestão hospitalar. Já para os cuidados de saúde primários, o grande objetivo é atribuir um médico de família a cada utente, possível através de investimentos nos recursos humanos e em infraestruturas com o intuito de diminuir as desigualdades no acesso.

O orçamento para o total das despesas do SNS é definido no âmbito do Orçamento Geral do Estado. Porém, a história mostra que, anualmente, a despesa do SNS excede o orçamentado, levando à necessidade de aprovação de orçamentos suplementares. O SNS tem ainda receitas próprias, na grande maioria geradas pelos hospitais através de, por exemplo, seguradoras privadas (nomeadamente por acidentes de viação ou de trabalho),

rendimentos de investimentos, doações, cobrança de coimas e de taxas moderadoras. (Simões et al., 2017)

No que toca ao financiamento através do Orçamento de Estado, este prevê como fonte principal de receita fiscal os impostos sobre o rendimento, que representaram aproximadamente 47% da receita fiscal em 2014, seguidos dos impostos indiretos (42,3% do total da receita fiscal em 2014). (INE, 2016 citado por Simões et al. 2017)

O orçamento para a saúde é definido pelo Ministério das Finanças anualmente, com base no histórico da despesa e na planificação feita pelo Ministério da Saúde e ainda nas prioridades políticas para os diferentes setores. Contudo, cabe ao Ministério da Saúde o controlo das despesas de capital do SNS. A instituição com responsabilidade na gestão financeira do Ministério da Saúde é a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). O Ministério da Saúde, após conhecer o seu orçamento global para o SNS, distribui pelas 5 Administrações Regionais de Saúde (ARS). Cada uma das ARS, gere um orçamento para a prestação de cuidados de saúde a uma população geograficamente definida. Este orçamento (de cada ARS) limita-se quase aos cuidados de saúde primários, já que o orçamento dos hospitais é definido a nível central através dos Contratos Programa. (Simões et al., 2017)

O financiamento dos cuidados de saúde primários é estabelecido com base num histórico de despesa e de capitação. A componente capitação é ajustada à demografia (idade e género) e também a um índice de carga da doença, que é calculado tendo em consideração a prevalência regional de problemas de saúde (hipertensão, diabetes, stresse e artrite) e a despesa em medicamentos para cada doença e região. Já o índice demográfico diz respeito à intensidade das consultas por ajustamento de idade-sexo. (Simões et al., 2017)

No que toca ao orçamento para os hospitais, este é distribuído pelo MS através da ACSS, através de contratos-programa, definidos com base no financiamento do ano anterior. Desde 1997, é considerado também para a negociação, a informação de grupos de diagnósticos homogéneos (GDH) e o volume de doentes externos ajustado ao índice de case-mix (gravidade das patologias). (Simões et al., 2017)

Este novo modelo de afetação de recursos impôs a necessidade de recolha de dados dos doentes, o que levou à criação de um sistema de informação hospitalar baseado na informação constante na folha de admissão e da alta. Portanto, desde 1989 que se desenvolve o sistema de implementação dos GDH que, na atualidade, abrange todos os hospitais do SNS. Este sistema, gerido pelo ACSS, facilita o ajuste do orçamento ao índice de case-mix e a outras especificidades dos hospitais, permitindo maior equidade na distribuição de recursos,

comparativamente a outras metodologias (como informação sobre o volume de doentes ou sobre o tempo de internamento). (Simões et al., 2017)

Ao longo dos anos 2005 a 2010, o orçamento de Estado aumentou anualmente, de forma constante, o valor dotado ao SNS, com o seu máximo em 2010 (8,7 mil milhões de euros e 5% do PIB). A partir de 2011, a tendência inverteu-se e, em 2012, por exemplo, o valor chega a ser inferior a 2005 (7,5 contra 7,6 mil milhões de euros). Esta tendência manteve-se até 2015, cujo valor foi de 7,9 mil milhões de euros, e permaneceu o mesmo em 2016. (DGO, 2017 citado por Simões et al., 2017).

No âmbito do Memorando de Entendimento, um dos aspetos contemplados foi a redução dos salários dos profissionais de saúde, quer por reduções diretas ou porque, em 2013, o governo alargou o horário semanal de trabalho dos funcionários públicos de 35 para 40 horas, sem alterações salariais. Esta medida foi implementada pela Lei n.º 68/2013, de 29 de Agosto, fazendo parte do programa do XIX Governo Constitucional, com início em Outubro de 2013. Esta medida vigorou até 2016 aplicando-se à maioria dos trabalhadores do sector da saúde, exceto os que já tinham uma relação de direito privado com o Estado. O horário de trabalho foi revogado em 2016, pelo atual governo, através da Lei n.º 18/2016, de 20 de Junho, vigorando a partir de 1 de Julho de 2016. (Simões et al., 2017)

Os dados mais recentes publicados pelo INE, em 2016, (citados por Simões et al., 2017) referiam que em 2014, Portugal tinha 225 hospitais: 113 hospitais do SNS, 5 hospitais militares ou prisionais, e 107 hospitais privados, com uma capacidade total de 34.522 camas. Na figura 6 apura-se a distribuição de camas por regiões do país.

Número de hospitais, por região, tipo de hospital e cuidados prestados, 2014

	Total	Público (SNS)			Total	Privado		Outros ^a
		Total	Geral	Especializado		Geral	Especializado	
Portugal	225	113	88	25	107	76	31	5
Norte	72	36	29	7	35	29	6	1
Centro	55	35	26	9	19	16	3	1
Lisboa	60	25	18	7	32	20	12	3
Alentejo	11	7	7	0	4	2	2	0
Algarve	10	4	3	1	6	5	1	0
Açores	8	3	3	0	5	1	4	0
Madeira	9	3	2	1	6	3	3	0

Fonte: INE, 2016d.

Nota: ^aInclui hospitais militares e prisionais, que são utilizados exclusivamente por militares no activo ou reformados e suas famílias, e reclusos, respetivamente.

Figura 6: Número de hospitais, por região, tipo e cuidados prestados em 2014. (Adaptado de Simões et al., 2017)

Dos hospitais privados, convém destacar que quase metade pertencem a organizações com fins lucrativos. Quanto às Misericórdias, estas gerem hospitais e estabelecimentos nas áreas da reabilitação, cuidados continuados e cuidados domiciliários para pessoas idosas, incapacitadas e/ou com doenças crónicas. (Simões et al., 2017)

Quanto à evolução do número de hospitais, Portugal, tal como outros países europeus, tem vindo a diminuir a sua oferta. Este facto deve-se, por um lado, à agregação de hospitais e, por outro, à evolução das cirurgias de ambulatório, que diminuem a necessidade de camas. (Simões et al., 2017)

Os recursos humanos são fundamentais no SNS e, em Portugal, são na sua grande maioria médicos e enfermeiros. Os dados mais recentes da análise do SNS dizem respeito a 2016 e categorizavam deste modo os profissionais do SNS.

Grupos Profissionais	Número de trabalhadores	%
Médicos	27.618	21,3%
Enfermeiros	42.393	32,6%
Técnicos superiores de saúde	1.714	1,3%
Técnicos de diagnóstico e terapêutica	8.207	6,3%
Assistentes técnicos	16.507	12,7%
Assistentes operacionais	26.412	20,3%
Outros	7.064	5,4%
Total	129.915	100,0%

Fonte: Dados provenientes do RHV e outros dados disponibilizados pelas entidades (PPP)

Figura 7: Recursos Humanos no SNS. (Adaptado de ACSS, 2016a)

Importa tecer algumas considerações sobre os profissionais e os seus regimes de contratos de trabalho, no sentido de compreender posteriormente o impacto da mudança de horário de trabalho na área da saúde.

Analisando os Relatórios Sociais do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde disponíveis, nomeadamente o dos anos de 2013, 2014, 2016 e 2017 obtém-se uma perceção dos horários de trabalho nas diferentes categorias profissionais.

Dados recentes da ACSS referem os médicos como pertencentes a duas carreiras: a carreira médica e a carreira especial médica. A carreira especial médica traduz uma relação jurídica de emprego público, vinculando os profissionais mediante Contrato de Trabalho em Funções Públicas. Já na carreira médica, a natureza de relação jurídica é enquadrada pelo Código do Trabalho, ao abrigo do Direito Privado, vinculando os médicos através de Contrato Individual de Trabalho. Estes dois tipos de regimes normalmente coexistem numa mesma instituição. O salário é estabelecido conforme a categoria profissional e o tempo de serviço, nos casos da carreira médica, e é independente de qualquer medida de produtividade. (ACSS, 2018a) (Simões et al, 2017)

Contudo, em 2012, fruto do Memorando de Entendimento e para garantir um uso mais racional e eficiente dos recursos disponíveis e uma melhor sustentabilidade financeira do SNS, o horário de trabalho de base para os médicos poderá ter sofrido alterações.

A carreira médica vigorava até então em três modalidades de horários: horário normal de trabalho (35 horas por semana), horário especial acrescido (42 horas) e horário reduzido de trabalho. Esta carreira contemplava ainda a possibilidade de exclusividade completa ao SNS (remunerada). Em 2012 é publicado o DL n.º 266- D/2012, de 31 de Dezembro que procede à atualização da carreira médica para a laboração de 40 horas por semana. Todavia, a mesma lei refere algumas situações especiais. De uma forma global, definiam que os médicos que ingressaram na carreira especial médica após a entrada em vigor do decreto-lei passariam a ter como horário de trabalho as 40 horas semanais. Porém, os médicos providos da carreira especial médica à data da entrada em vigor do decreto-lei, poderiam manter o período normal de trabalho semanal, ou transitar para o regime de 40 horas, dependendo da sua vontade e do interesse do serviço.

Dados de 2013 da ACSS mostravam que existiam cerca de 26544 médicos, dos quais 414 alteraram o seu horário de trabalho para as 40 horas, exposto na figura 8.

Transição para as 40 h		Total
Médicos previamente em CTFP - 35 horas		307
Médicos previamente em CIT - 35 horas		75
Médicos previamente no regime de 42 horas		32
Total		414

Fonte: ACSS - Formulário Mensal de RH 2013

Figura 8: Médicos que em 2013 pretenderam a alteração do horário de trabalho. (Adaptado de ACSS, 2014a)

Quanto aos enfermeiros, tal como os médicos, a sua maioria, que trabalha no SNS, são funcionários públicos. É-lhes atribuído um salário fixo, não dependente do seu desempenho. As modalidades de contrato e horário de trabalho no sector público são: tempo completo (35 horas semanais para enfermeiros com contratos de trabalho em funções públicas e contratos individuais de trabalho com horários de trabalho de 35 ou 40 horas/semana) e tempo parcial (20 ou 24 horas/semana). Este grupo profissional viu o seu horário de trabalho uniformizado nas 40 horas, fruto da aplicação da Lei 68/2013 de 29 de Agosto, até à aplicação da Lei 18/2016, de 20 de junho, que retomou o tempo de trabalho para as 35 horas, aplicadas aos enfermeiros em regime de contrato de funções públicas, mantendo os restantes nas modalidades vigentes até à aplicação da Lei 68/2013.

Relativamente aos outros grupos profissionais (Técnicos Superiores de Saúde, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Técnico Superior Informático, Dirigentes, Assistente Técnico e Assistente Operacional), viram alterados os seus horários de trabalho para as 40 horas, fruto da aplicação da Lei 68/2013 de 29 de Agosto, até à aplicação da Lei n.º18/2016, de 20 de junho, que retomou o tempo de trabalho para o vigente até à aplicação da Lei 68/2013. (ACSS, 2016a)

Na figura seguinte, a figura 9, adaptada de um documento oficial da ACSS de 2014, entende-se as variações nos horários de trabalho nos anos 2012, 2013 e 2014:

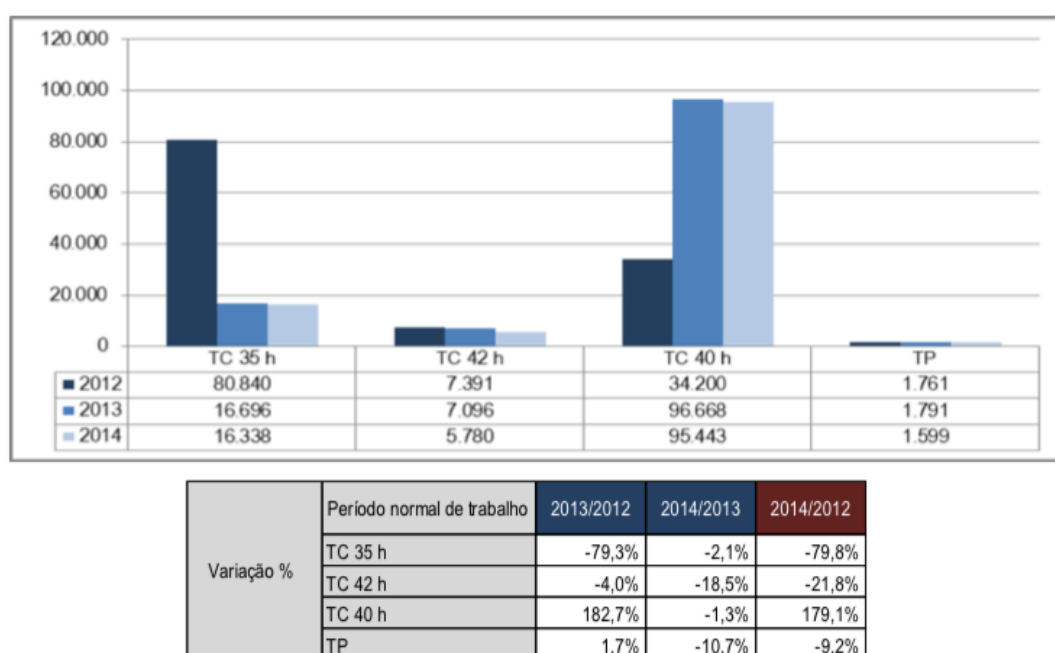


Figura 9: Variações nos horários de trabalho nos anos de 2012, 2013 e 2014. (Adaptado de ACSS, 2014b)

Em 2016, dados provenientes do Relatório Social do Ministério da Saúde e do SNS mostram a distribuição dos profissionais pelos diferentes horários de trabalho:

Período Normal de Trabalho	Médicos		Enfermeiros	TSS	TDT	AT	AO	TS	TI	Outros	Total geral
	S/ internos	Internos									
35 Horas	5.271	1	25.177	1.239	5.240	12.027	14.317	2.592	406	1.734	68.004
40 Horas	7.399	8.392	12.847	293	2.197	3.452	9.726	1.308	190	329	46.133
42 Horas	2.702	2	206	12	32	0	0	0	0	1	2.955
Tempo parcial	1.165	7	1.147	42	136	46	31	65	4	46	2.689
Outros	1.246	0	980	34	201	285	685	51	10	29	3.521
Total geral	17.783	8.402	40.357	1.620	7.806	15.810	24.759	4.016	610	2.139	123.302

Legenda: **TSS** – Técnico Superior de Saúde; **TDT** – Técnico de Diagnóstico e Terapêutica; **AT** – Assistente Técnico; **AO** – Assistente Operacional; **TS** – Técnico Superior; **TI** – Informático

Nota: Não contempla as entidades em regime de PPP, DGS e IGAS

Fonte: Dados provenientes do RHV

Figura 10: Distribuições dos profissionais de saúde pelos diferentes horários de trabalho em 2016. (Adaptado de ACSS, 2016a)

O impacto da alteração do horário de trabalho na saúde será analisado, neste trabalho, de forma cautelosa, uma vez que não conhecemos dados reais de quantos foram realmente os profissionais de saúde que viram os seus horários de trabalho alterados, sem qualquer remuneração acrescida. Os dados consultados e apresentados indicam que, provavelmente, médicos foram 414 médicos.

Contudo, sabemos que as medidas implementadas na área da saúde, fruto do Memorando de Entendimento, foram importantes e iniciaram uma complexa reestruturação do sistema de saúde português. Algumas destas medidas foram adotadas tendo em vista a redução dos custos, recorrendo à redução de remunerações, inexistência de concursos de admissão de profissionais, a extinção dos subsídios de férias e natal no ano de 2012, as horas extraordinárias não pagas bem e ainda com progressões na carreira congeladas. (Moreira, 2016) (Sakellarides et al., 2014)

Apesar das várias mudanças na área da saúde, fruto do Memorando de Entendimento, este trabalho pretende debruçar-se sobre a mudança no horário de trabalho e o seu impacto na área da saúde, em contexto hospitalar.

A nível hospitalar, a necessidade de avaliação torna-se essencial apesar de toda a sensibilidade que é inerente a esse setor e à sua avaliação. Porém, razões de natureza política e económica,

os custos com a saúde e a sua repercussão no PIB tornam fundamental um sistema de avaliação da performance hospitalar. (Felício, 2016)

O termo performance surge como um conceito global representativo das atividades organizacionais, sobretudo em duas componentes: a eficiência e a eficácia (Szilagyi, 1988 citado por Felício, 2016)

Kaplan (1996) citado por Felício (2016) refere que “se não se consegue medir, não se pode gerir”. Mas, para medir resultados podem ser utilizadas várias técnicas e definidos vários indicadores. Na mensuração, técnicas como ouvir especialistas na área ou elaborar indicadores em equipa podem ser utilizadas. Os indicadores escolhidos devem sê-lo de forma criteriosa, devendo ser definidos de forma clara e precisa e, se necessário, recorrendo a uma fórmula matemática. De acordo com Castro (2011, página 32), estes *“deverão ter uma descrição de suporte que identifique o alvo da medição, como é que a medição vai ser realizada e como é que as medições podem ser afetadas ou corrigidas. Aplicado ao sector da saúde, os indicadores deverão também descrever qual a sua significância clínica e descrever a sua validade científica (este último aspeto quando os indicadores medem aspetos relacionados com a qualidade dos tratamentos, isto é, com o seu impacto na saúde das pessoas que os recebem)”*.

A avaliação da performance mostra se os serviços de saúde estão a cumprir as metas estabelecidas, alcançando os seus objetivos de forma eficiente. (Felício, 2016) Costa e Lopes (2014) referem a existência de pelo menos três métodos distintos para avaliar o desempenho hospitalar: a Análise de Benchmarking da ACSS, o SINAS da ERS e o IAmetrics da IASIST. Este trabalho vai adotar o método de avaliação do desempenho hospitalar a análise de Benchmarking da ACSS.

No modelo da ACSS, os hospitais são comparados em 4 dimensões: económica, acesso, qualidade e produtividade, que se relacionam entre si, ou seja, um bom desempenho nas dimensões de acesso e qualidade irá implicar melhores resultados na dimensão de produtividade e económica e vice-versa. (Costa & Lopes, 2014).

Na dimensão acesso, são analisados os indicadores: (1) percentagem de consultas realizadas em tempo adequado e (2) percentagem de cirurgias realizadas em tempo adequado (o tempo adequado diz respeito aos tempos máximos de resposta garantida, dependentes do nível de prioridade definido clinicamente, e definidos na Portaria 153/2017 de 4 de Maio). (ACSS, 2018b)

A dimensão qualidade analisa os indicadores: (1) percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias ambulatorizáveis (GDH), (2) percentagem de

reinternamentos em 30 dias, (3) percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias, (4) percentagem de partos por cesariana e (5) percentagem de fraturas da anca com cirurgia realizada nas primeiras 48h. (ACSS, 2018b)

A dimensão produtividade analisa os indicadores: (1) demora média, (2) taxa de ocupação em internamento, (3) doentes padrão/médicos ETC, (4) doentes padrão/enfermeiros ETC e (5) demora média antes de cirurgia. (ACSS, 2018b)

Por fim, a dimensão económica analisa os indicadores: (1) custos operacionais por doente padrão, (2) custos com pessoal por doente padrão, (3) custos ajustados com pessoal por doente padrão, (4) custos com material consumo clínico por doente padrão, (5) custos com produtos farmacêuticos por doente padrão e (6) fornecimento de serviços externos por doente padrão. (ACSS, 2018b) Além destes indicadores, alguns dados específicos relacionados com os mesmos são apresentados no sítio da internet da ACSS.

A ACSS define seis grupos hospitalares, considerados como semelhantes para efeitos da conceção de contratos-programa de financiamento. Estes grupos que vão do A ao F, no sentido crescente de complexidade e resultam da análise dos dados das características e especificidades das atividades hospitalares. Isto é, o grupo A inclui hospitais de menor dimensão e com características especiais (ver figura 11), e o grupo F, por exemplo, integra os 3 Institutos Português de Oncologia do país.

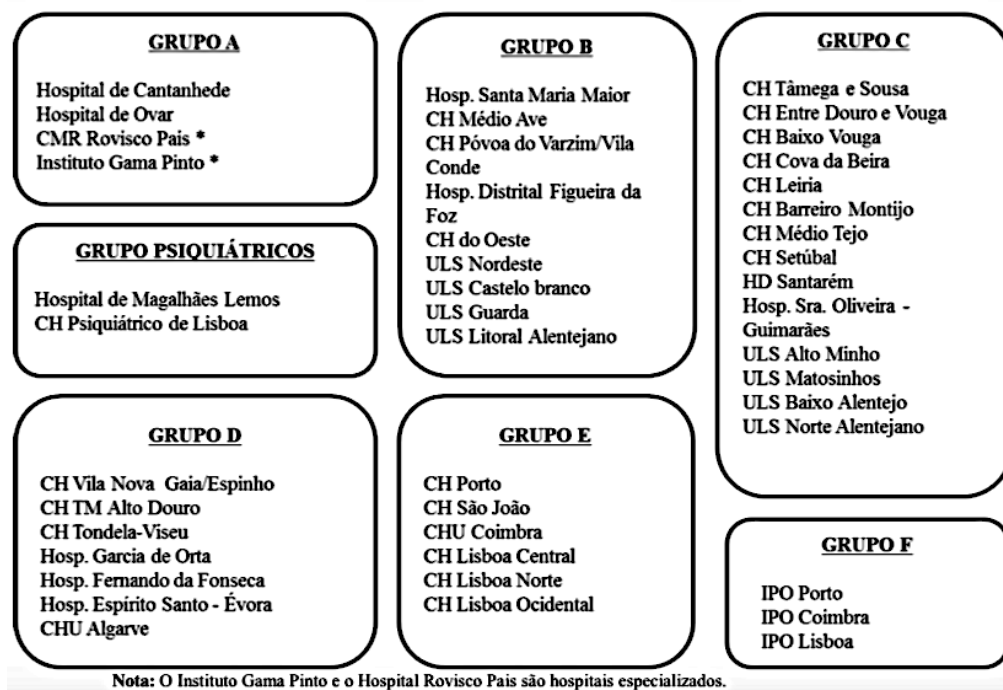


Figura 11: Distribuições dos hospitais pelos grupos. (Adaptado de ACSS, 2017)

Porém, no sítio da ACSS referente ao benchmarking, são incluídos os hospitais Parcerias Público Privadas, o que transforma o grupo alvo deste trabalho nos seguintes grupos hospitalares:

- Grupo B: Centro Hospitalar (CH) Médio Ave, CH Póvoa do Varzim/Vila do Conde, Hospital Distrital da Figueira da Foz, Hospital Santa Maria Maior, H Vila Franca de Xira PPP, ULS Nordeste, ULS Castelo Branco, ULS Guarda e ULS Litoral Alentejano;
- Grupo C: CH Barreiro/Montijo, CH Cova da Beira, CH Leiria, CH Setúbal, H Senhora da Oliveira de Guimarães, CH Baixo Vouga, CH Entre Douro e Vouga, CH Médio Tejo, HD Santarém, CH Tâmega e Sousa, CH de Cascais PPP, H de Loures PPP, ULS Alto Minho, ULS Matosinhos, ULS Baixo Alentejo, ULS Norte Alentejo;
- Grupo D: CH Vila Nova de Gaia/Espinho, CH Alto Douro, CH Tondela/Viseu, Hospital Garcia da Orta, Hospital Fernando da Fonseca, Hospital Espírito Santo – Évora, Hospital de Braga PPP CH Algarve;
- Grupo E: CH do Porto, CH de São João, CHU de Coimbra, CH Lisboa Central, CH Lisboa Ocidental e CH Lisboa Norte;
- Grupo F: IPO Porto, IPO Coimbra e IPO Lisboa. (ACSS, 2018a)

Torna-se basilar expor uma evolução do saldo do SNS, de acordo com a metodologia das contas nacionais. Para tal, foi consultada a área da transparência do ACSS que descreveu as Contas Consolidadas do SNS, elaboradas com base na Demonstração dos Resultados, conforme o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde e na base das contas nacionais de acordo com o Sistema Europeu de Contas (SEC 95) até 2014 e de acordo com o Sistema Europeu de Contas de 2010 (SEC 2010) a partir de 2015. (ACSS, 2018d)

Deste modo, comparando a média do orçamento com a média da execução acumulada, no que refere ao saldo global, verifica-se que o saldo tem vindo a diminuir, como se mostra na figura 12.

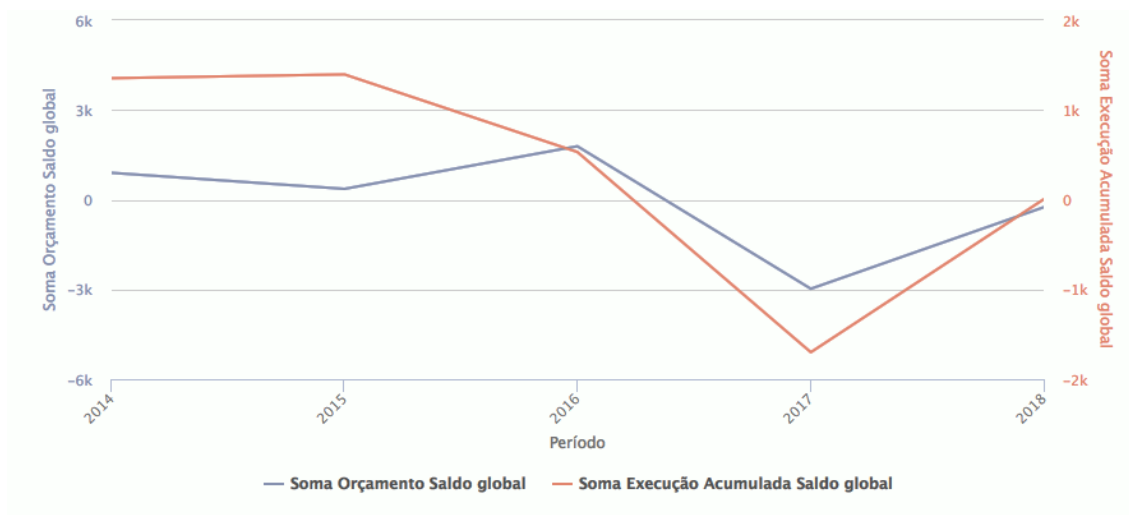


Figura 12: Comparação entre orçamento e execução de 2014 a 2018. (Adaptado de ACSS, 2018d)

Quanto à despesa com o pessoal, os dados divulgados na área da Transparência do site do ACSS mostram um pico de custos em 2017, como surge na figura 13.

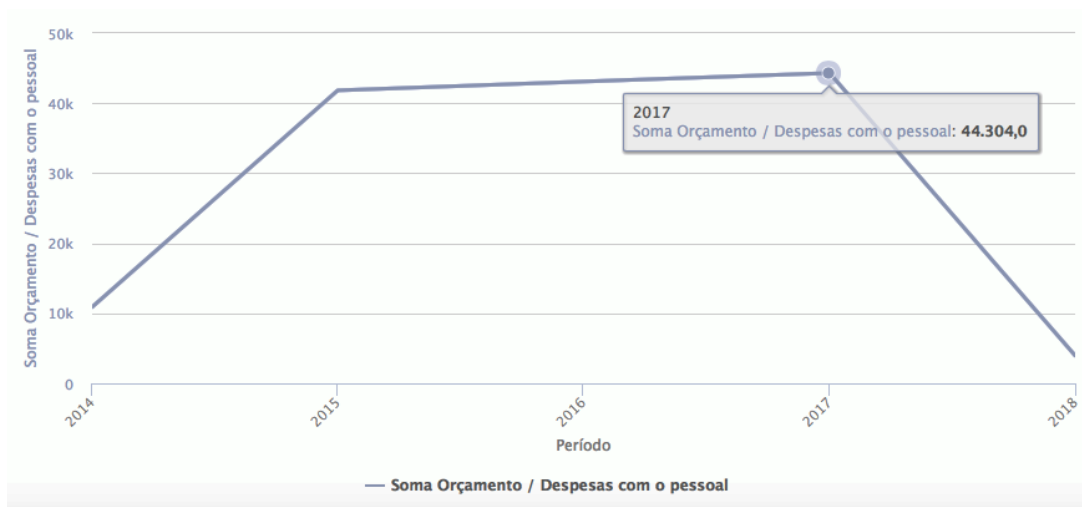


Figura 13: Evolução da despesa com o pessoal de 2014 a 2018. (Adaptado de ACSS, 2018d)

A área do benchmarking apresenta dados mensais de Janeiro de 2013 a Outubro de 2017 (à data da consulta). Relativamente aos dados dos Hospitais em regime jurídico de Parceria Público Privadas (PPP), muitos não são apresentados. No capítulo seguinte está descrita a metodologia utilizada.

3. Metodologia

O trabalho de pesquisa científica tem como finalidade a formulação de respostas para questões previamente formuladas, através da aplicação de um método de pesquisa. Lakatos e Marconi (2007, p. 157) citado por Prodanov e Freitas (2013) descrevem que *“a pesquisa pode ser considerada um procedimento formal com método de pensamento reflexivo que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais.”* Os mesmos autores citam ainda Ander-Egg (1978, p. 28), que referem a pesquisa como sendo um procedimento *“reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento.”* (Prodanov & Freitas, 2013)

O tipo de pesquisa usada neste trabalho é descritiva da realidade, através de uma determinada amostra, sem interferência nos dados recolhidos, procedendo ao registo, análise e interpretação dos mesmos. (Prodanov & Freitas, 2013) Intenta ainda a exposição de uma realidade, neste caso, uma amostra da população existente, formulando uma questão e tentando descrevê-la com precisão. Pretende ser uma imagem detalhada da questão para obter uma resposta. (Neuman, 2014)

Do ponto de vista de recolha de dados, este trabalho utiliza uma metodologia quantitativa, recorrendo a técnicas estatísticas (média, coeficiente de correlação, análise de regressão linear múltipla.). (Prodanov & Freitas, 2013) Usa dados em painel, sendo assim um estudo longitudinal, uma vez que pretende descrever e analisar a mesma situação em vários momentos. (Neuman, 2014) Os dados serão recolhidos no sítio da internet do Benchmarking do ACSS do Ministério da Saúde. Os grupos de hospitais foram determinados, segundo o sítio da ACSS na internet, com recurso a *“clustering hierárquico após standardização de variáveis com capacidade explicativa dos custos e de análise de componentes principais”*.

Para a análise da amostra, são utilizados os softwares Microsoft Excel® e E-views®. O primeiro software é usado para a descrição dos indicadores ao longo dos anos 2012 a 2017, com a análise a ser feita, na maioria das vezes, recorrendo à soma das médias dos valores mensais para obter o valor anual, para mais fácil e precisa comparação entre instituições. O software E-views® permite a formulação de uma análise econométrica sobre o custo operacional por doente padrão dependendo do custo das horas extras e do tempo de trabalho, definida esta última como variável binária (*dummy*) para o tempo de trabalho na altura das 35 horas de trabalho e das 40 horas.

A consulta ao sítio na internet cita a seguinte informação relativamente à apresentação dos dados que serão utilizados:

- *“Fonte de dados: reportados por cada instituição no Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento, SIEF, BD GDH, SIGLIC e CTH.*
- *Objetos de análise: entidades hospitalares com estatuto de entidades públicas empresárias (EPE) (exceto Hospitais Psiquiátricos) e de parcerias público privadas (PPP).*
- *A eficiência de cada instituição é determinada pela relação de custos com a métrica "Doente Padrão". O cálculo do doente padrão baseia-se na transformação da atividade hospitalar, por natureza heterogénea, numa única unidade de produção de forma a possibilitar um exercício de comparação entre entidades. Importa esclarecer que o cálculo do doente padrão pode não incorporar todas as particulares e a globalidade da carteira de serviços das entidades hospitalares, pelo que poderá ser considerada uma análise mais aprofundada a nível micro.* “(ACSS, 2018b)

Os dados são apresentados no sítio da ACSS tendo em consideração as cinco dimensões com os múltiplos indicadores descritos anteriormente. Para este trabalho os indicadores contemplados foram um subconjunto dos fornecidos, tentando um estudo abrangente, mas não exaustivo, examinando todas as dimensões descritas à exceção da dimensão sobre o volume e utilização. Esta, pela sua especificidade, acrescentaria pouca informação para a performance hospitalar e consequente comparação.

Deste modo, os indicadores analisados no trabalho são:

Dimensão Económico Financeira:

- Custos Operacionais por Doente Padrão,
- Custos com Pessoal Ajustados por Doente Padrão,
- Custos com Pessoal,
- Custos com Trabalho Suplementar.

Dimensão Produtividade:

- Doente Padrão por Médico ETC,
- Doente Padrão por Enfermeiro ETC,
- Taxa Anual de Ocupação,
- N° de dias até à cirurgia em episódios de GDH cirúrgicos programados.

Dimensão Desempenho Assistencial

- Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis,
- Internamentos com Demora Superior a 30 Dias,
- Partos por Cesariana,

Dimensão Acesso

- Primeiras Consultas Realizadas em Tempo Adequado.

A realização deste trabalho aponta essencialmente num objetivo fundamental que é a análise do impacto da mudança do horário de trabalho nos cuidados de saúde, a nível hospitalar. Além disso, surgem ainda como objetivos, para o período de 2013 a 2017:

- Conhecer a evolução dos custos com o pessoal, compreendendo o papel do custo com o trabalho suplementar fruto das alterações económicas da altura,
- Analisar a evolução do número de doentes por médico e por enfermeiro,
- Conhecer taxas de ocupação em internamento,
- Analisar o cumprimento dos TMRG em termos de primeiras consultas e de demora média antes da cirurgia,
- Compreender a evolução da taxa de cesarianas,
- Reconhecer os dados das Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas para Procedimentos Ambulatorizáveis,
- Reconhecer dados sobre a % de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias,
- Inferir da influência da alteração do tempo de trabalho no custo operacional por doente padrão através da formulação de um modelo matemático.

4. Análise dos Dados

Uma primeira abordagem aos dados extraídos do sítio da ACSS na área do benchmarking hospitalar, apresenta valores muito dispare para uma mesma instituição consoante o mês de um mesmo ano. Possíveis interpretações empíricas poderiam ser feitas, porém dado o rigor pretendido, os dados serão analisados, na maioria das vezes, tendo em consideração a soma dos valores médios mensais de cada indicador, com as devidas exceções perfeitamente apontadas. Em tempo útil, nenhuma interpretação formal foi obtida.

A análise e interpretação dos dados é exposta tendo em consideração a análise mais congruente: por período, por grupo ou ambas.

4.1 Dimensão Económico Financeira

4.1.1 Custos Operacionais por Doente Padrão

Analisar o comportamento dos grupos ao longo dos anos, especialmente na sua área económica financeira volve-se basilar. Ao examinar, por exemplo, através do indicador Custos operacionais por doente padrão (valores obtidos no Acompanhamento Mensal SICA e integração de dados SIGEF através da fórmula de cálculo: $F(x) = (\text{Custos Operacionais}) / (\text{Doente Padrão})$) os grupos apresentaram o seguinte comportamento, descrito nas figuras 14 a 18 (começando pelo grupo B até ao Grupo F, cujo valor total resulta da soma dos 12 meses - soma dos valores absolutos, no caso do ano de 2017 apenas da soma dos 10 meses disponíveis).

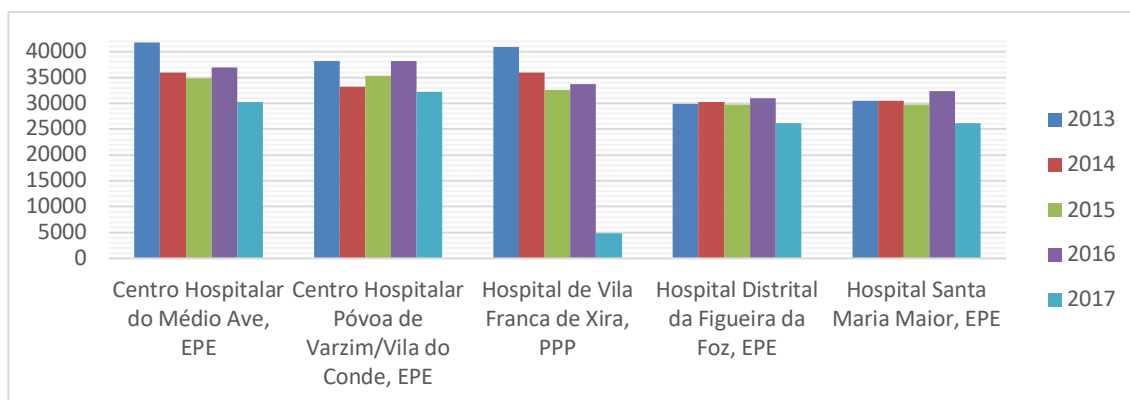


Figura 14: Evolução dos Custos Operacionais por Doente Padrão dos hospitais do Grupo B, de 2013 a 2017.

No grupo B apura-se, em termos globais, que o Hospital Distrital da Figueira da Foz apresenta os Custos operacionais por doente padrão mais baixos ao longo dos anos analisados. Os dados de 2017, apesar de só resultarem da soma de 10 meses, parecem tecer previsões de um ano com menores custos para todas as instituições.

Para os hospitais pertencentes ao grupo C, depreende-se duas ilações: 2016 foi o ano onde maioritariamente o custo foi maior e o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa parece ter o melhor desempenho ao longo dos anos.

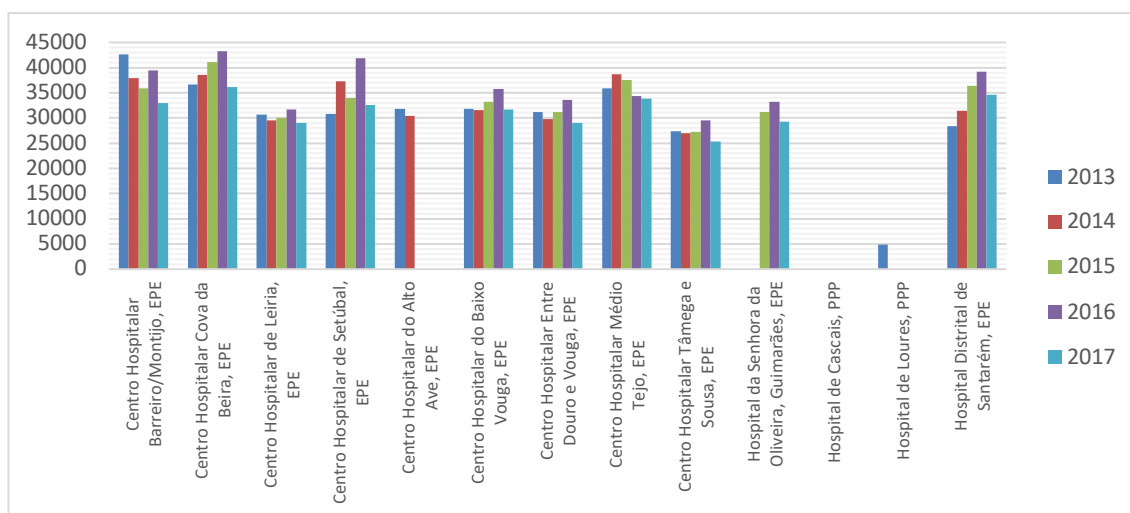


Figura 15: Evolução dos Custos Operacionais por Doente Padrão dos hospitais do Grupo C, de 2013 a 2017.

O Hospital de Braga PPP, pertencente ao grupo D, aparenta ter o melhor desempenho entre os anos de 2013 e outubro de 2017, de entre todos os hospitais desse grupo. Parece ainda que o maior custo operacional por doente padrão, neste grupo, se repercutiu ao ano de 2016.

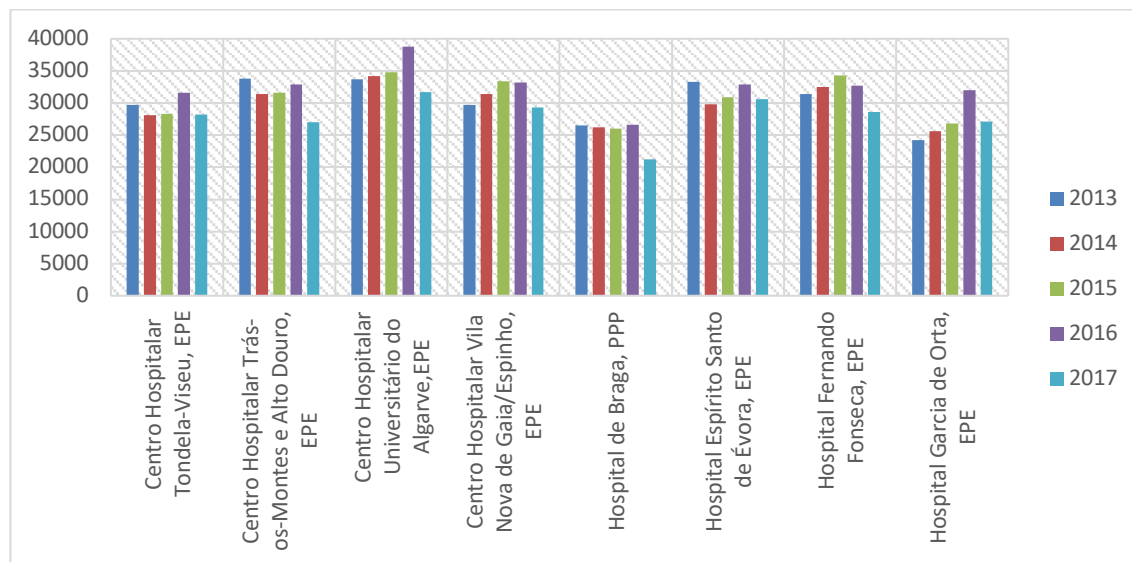


Figura 16: Evolução dos Custos Operacionais por Doente Padrão dos hospitais do Grupo D, de 2013 a 2017.

De entre os seis centros hospitalares pertencentes ao grupo E, o Centro Hospitalar São João demonstra ter o menor custo operacional por doente padrão ao longo dos anos, enquanto que o Centro Hospitalar Lisboa Norte o maior custo. Já o ano de 2016, tal como aconteceu no grupo D, parece ter sido o ano de custos mais elevados.

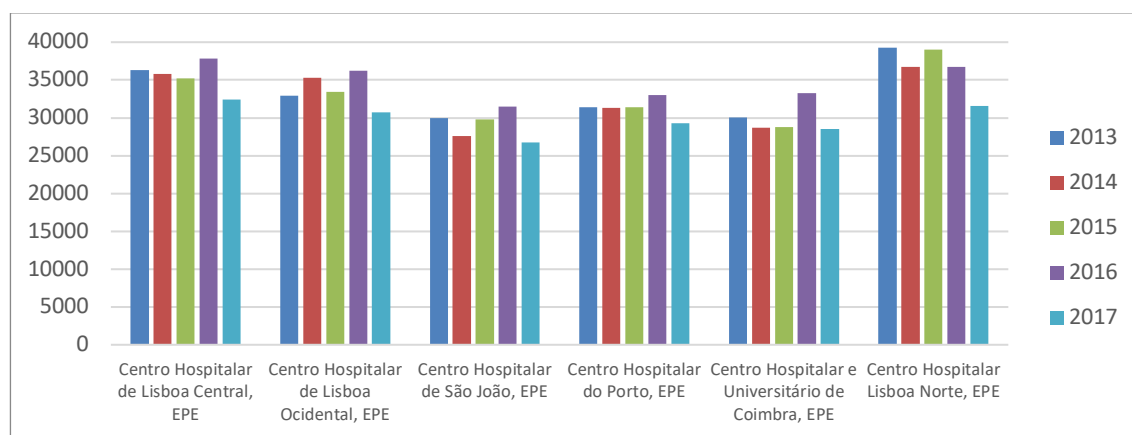


Figura 17: Evolução dos Custos Operacionais por Doente Padrão dos hospitais do Grupo E, de 2013 a 2017.

Por último, quanto aos custos operacionais por doente padrão, os três Institutos Portugueses de Oncologia que constituem o grupo F, exibem valores muito próximos, salientando-se o de Coimbra como tendo os menores custos e ainda o ano de 2014 como o de menor custo.

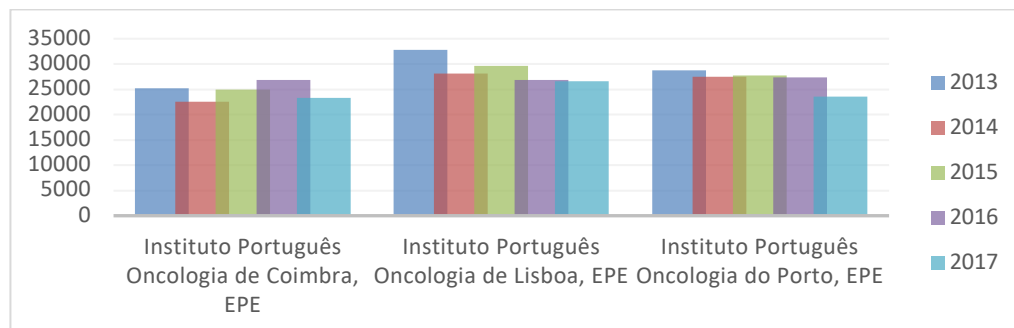


Figura 18: Evolução dos Custos Operacionais por Doente Padrão dos hospitais do Grupo E, de 2013 a 2017.

De um modo global, o custo operacional por doente padrão, analisando neste caso a soma dos valores mensais, não traduz um comportamento similar para todos os grupos. Parece é que a mesma instituição mantém o seu comportamento ao longo dos anos.

4.1.2 Custo com o Pessoal Ajustados por Doente Padrão

Outro dos indicadores que se torna relevante dissecar é o custo com o pessoal ajustado por doente padrão. O sítio do benchmarking da ACSS descreve este indicador utilizando uma fórmula de calculo como $F(x) = (\text{Custos Operacionais}) / (\text{Doente Padrão})$ referindo como fonte o Acompanhamento Mensal SICA e integração de dados SIGEF. Nos gráficos das figuras a seguir, são apresentados os resultados por grupos (grupo B, C, D, E e F). Neste indicador, expõe-se a soma dos valores mensais absolutos para calcular o valor anual para subsequente comparação.

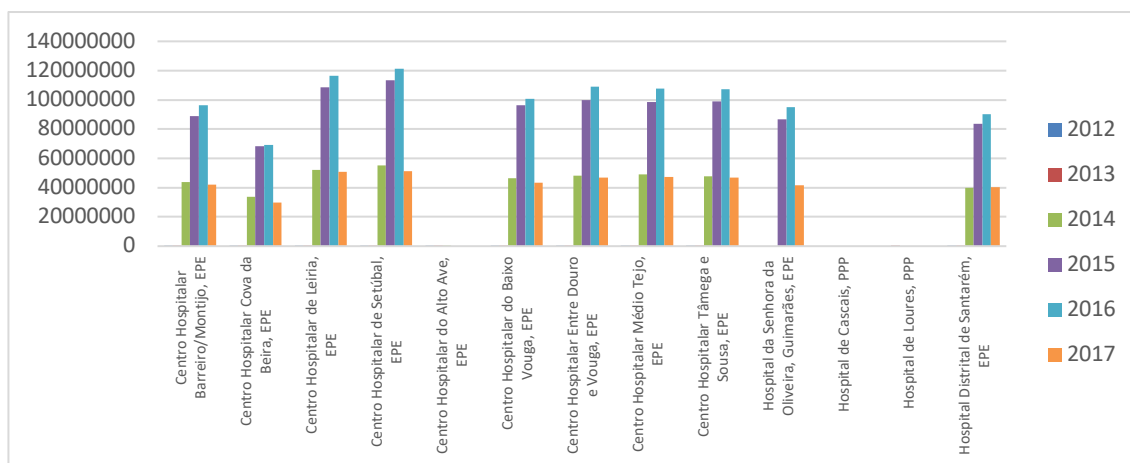


Figura 19: Evolução dos Custos com o pessoal ajustados por Doente Padrão dos hospitais do Grupo B, de 2013 a 2017.

De entre os hospitais pertencentes ao grupo B, emerge uma importante conclusão: os custos mais elevados com o pessoal ajustado por doente padrão foram em 2015 e 2016 e, nesses anos, os Centros Hospitalares de Leiria e Setúbal tiveram os custos mais elevados.

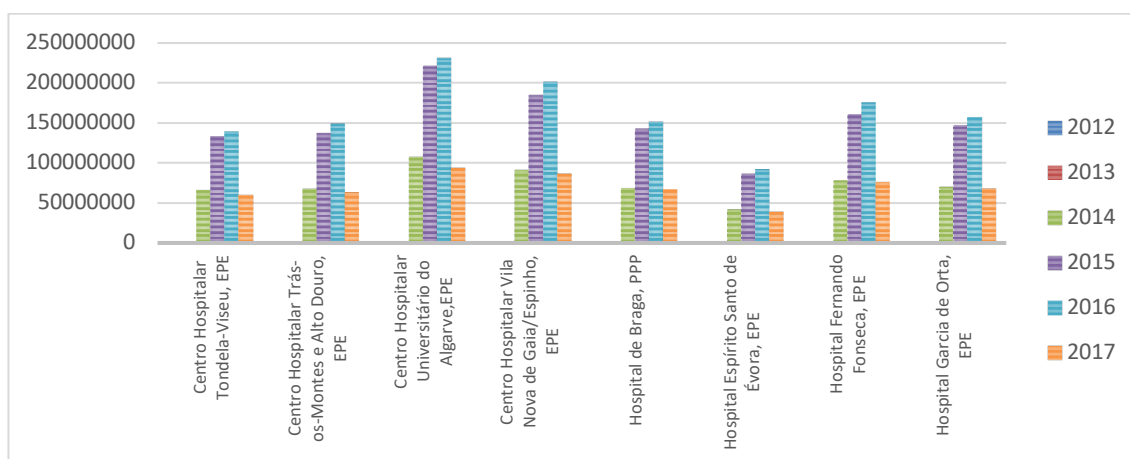


Figura 20: Evolução dos Custos com o pessoal ajustados por Doente Padrão dos hospitais do Grupo C, de 2013 a 2017.

No grupo C, os anos de 2015 e 2016 foram também os de custos mais elevados com o pessoal, ajustados por doente padrão. Neste grupo evidencia-se o Centro Hospitalar do Algarve com os custos mais elevados, enquanto que o Hospital Espírito Santo de Évora repercute os custos menos elevados.

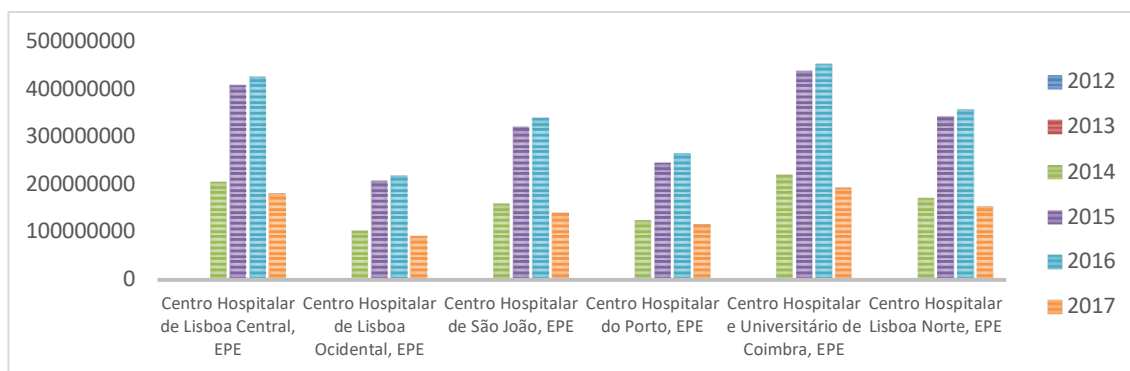


Figura 21: Evolução dos Custos com o pessoal ajustados por Doente Padrão dos hospitais do Grupo D, de 2013 a 2017.

Quanto ao grupo D, apresentado na figura 21, a mesma conclusão é partilhada: anos de 2015 e 2016 como tendo os custos mais elevados. De salientar o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental como o centro hospitalar com menores custos com o pessoal ajustados por doente padrão e o de Coimbra com os custos mais elevados.

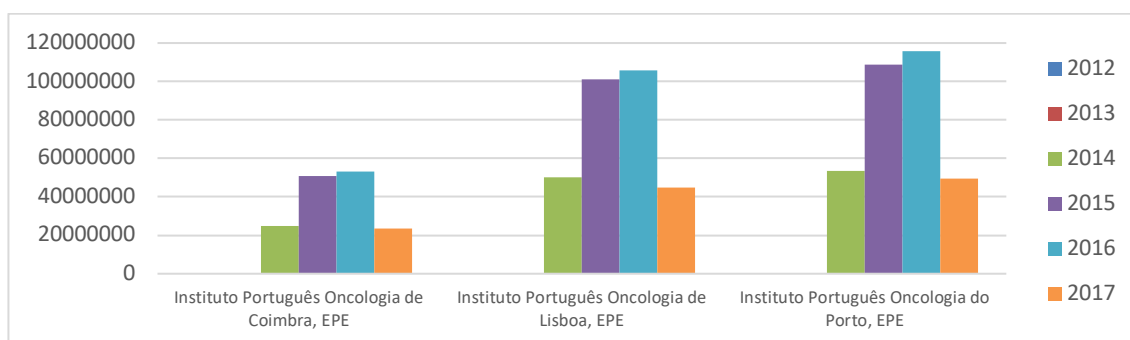


Figura 22: Evolução dos Custos com o pessoal ajustados por Doente Padrão dos hospitais do Grupo E, de 2013 a 2017.

A mesma conclusão (de que os anos de 2015 e 2016 tiveram os custos mais elevados com o pessoal ajustados por Doente Padrão) pode ser isolada na apreciação do grupo E. Além disso, importa acrescentar que o melhor desempenho neste indicador é o de Coimbra e o pior o do IPO do Porto.

A informação lançada pela figura 13, descrevendo a evolução da despesa com o pessoal, segundo dados divulgados na área da Transparência do site do ACSS, mostram uma

tendência crescente em 2016 e 2017, realidade que não pode ser confirmada com os dados utilizados, em virtude dos dados de 2017 não ser apresentados para os 12 meses. Porém, neste indicador são analisados os custos com o pessoal ajustados por doente padrão, o que justifica a discrepância dos valores obtidos.

4.1.3 Custos com Pessoal

O indicador referente aos custos com o pessoal aparenta ser o de maior importância quando se pretende estabelecer uma relação com a alteração do horário de trabalho. Os custos com o pessoal na área da saúde são bastante significativos. No último relatório social do Ministério da Saúde (MS) e do SNS, de 2017, o MS é descrito como o segundo maior empregador da Administração Pública, com cerca de 26,7% do total de trabalhadores. Foram registados 131.998 trabalhadores em todas as suas entidades. Neste relatório há informação sobre a evolução dos custos totais com o pessoal, em entidades SPA e EPE, como consta na figura 23:

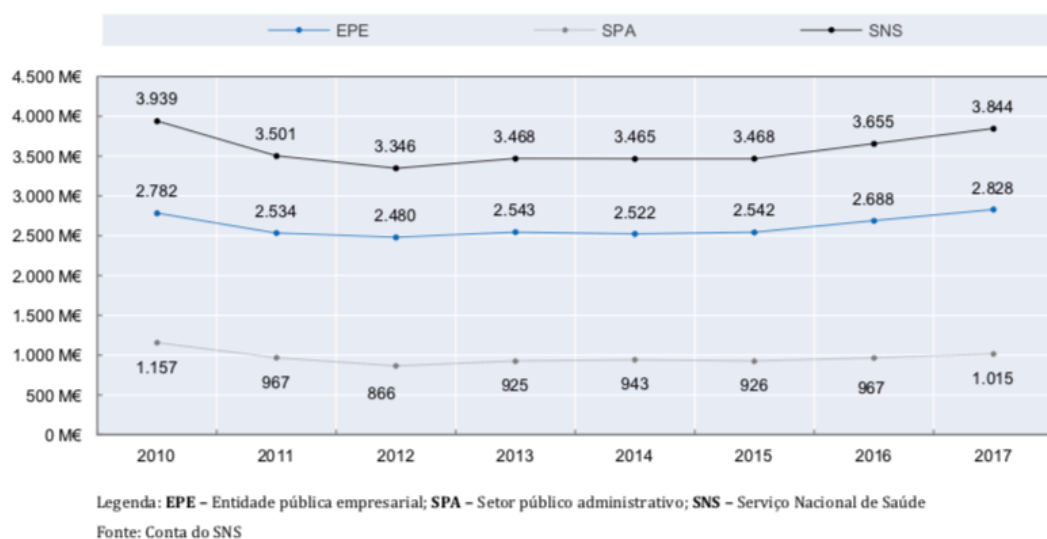


Figura 23: Evolução dos custos totais com o pessoal de 2010 a 2017.

A análise mostra que o ano 2012 foi o ano de menor custo com o pessoal em saúde, havendo uma certa estabilização nos anos de 2013, 2014 e 2015, com custos crescentes desde 2016 e com tendência crescente, apesar de em 2017 os valores ainda serem inferiores aos de 2010. Os valores de 2012 justificam-se, sobretudo, pelo não pagamento de subsídio de natal e férias

aos trabalhadores da administração Pública fruto do Memorando de Entendimento, como já referido. Já para o aumento dos encargos de 2017, segundo o mesmo Relatório, contribuíram o aumento do número de trabalhadores e a reposição das majorações do trabalho suplementar.

Já nos custos totais com o pessoal, analisados pelos dados recolhidos no benchmarking do ACSS, e atestado pelo Relatório de 2017 do MS e do SNS, houve um mínimo de custos em 2012, uma relativa estabilidade entre 2013, 2014 e 2015 e um aumento desde aí, que se certifica em todos os grupos, descrito na figura 24.

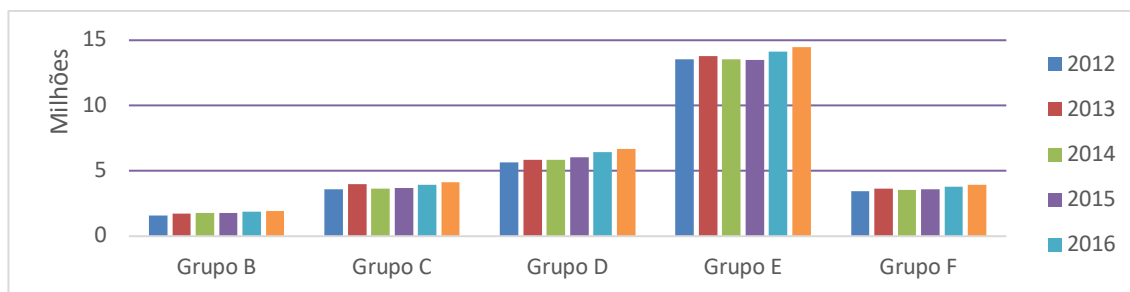


Figura 24: Custos Totais com o pessoal, por grupo hospitalar, de 2012 a 2017.

Analisando os resultados por grupos, e mostrando gráficos com o somatório das médias dos custos mensais, surgem os seguintes das próximas figuras.

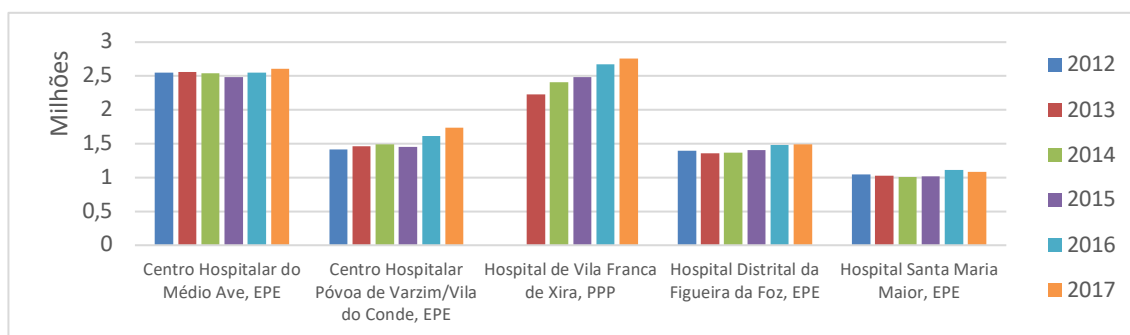


Figura 25: Custos com o pessoal, instituições do grupo B, de 2012 a 2017.

Neste gráfico, apesar dos hospitais terem as mesmas características (grupo B), o Hospital de Santa Maria Maior apresenta o melhor desempenho, com menores custos com o pessoal. Se consultarmos os dados do relatório do MS e do SNS de 2017, atesta-se que todos os

hospitais/centro hospitalares aumentaram as suas despesas, mas o Hospital de Santa Maria Maior mantém o melhor desempenho do grupo, com o menor custo médio por trabalhador, seguido Centro Hospitalar do Médio Ave, Hospital Distrital da Figueira da Foz e por fim o Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde. No quadro exposto na figura 30, não surgem informações sobre o Hospital de Vila Franca de Xira PPP.

O gráfico seguinte, figura 26, diz respeito ao grupo C e atrai a atenção para os custos com o pessoal no ano de 2013 para o Hospital de Loures PPP, um ano depois do início da sua atividade. Relativamente a este grupo, afigura-se relevante consultar a informação do Relatório do MS e do SNS (figura 30), destacando que o Centro Hospitalar do Alto Ave, a partir de 2015 se passou a denominar Hospital da Senhora da Oliveira de Guimarães, motivo pelo qual na análise aos anos o primeiro surge com valores de 2012 a 2014 e o de Guimarães desde 2015. Nas instituições desde grupo, as que têm o menor custo médio por trabalhador são respetivamente e por ordem crescente, e reportando a dados de 2017: Centro Hospitalar do Médio Tejo, Centro Hospitalar de Setúbal, Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, Centro Hospitalar de Leiria, Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Centro Hospitalar da Cova da Beira, Hospital da Senhora da Oliveira de Guimarães, Hospital Distrital de Santarém e o Centro Hospitalar do Baixo Vouga com o maior custo médio por trabalhador.

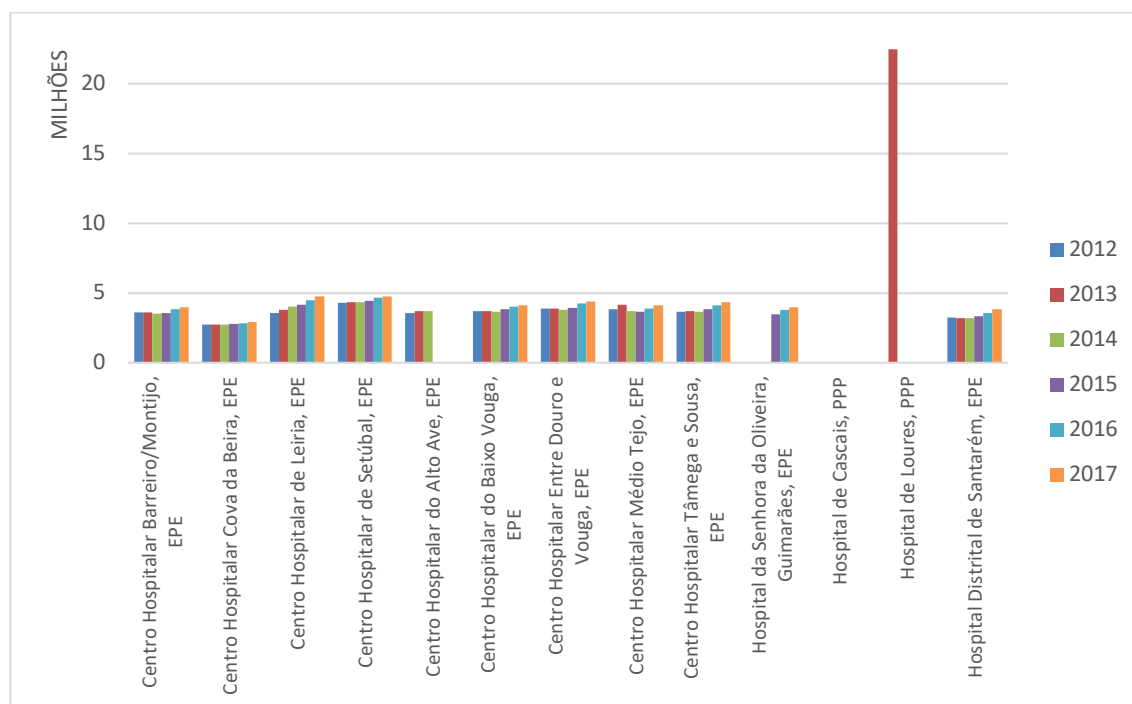


Figura 26: Custos com o pessoal, instituições do grupo C, de 2012 a 2017.

Já no que diz respeito ao grupo D, os Centros Hospitalares do Algarve e o de Gaia/Espinho apresentam os valores mais altos de custos com o pessoal, enquanto o de Évora se destaca por ser o de menor custo. Confrontando estes valores calculados com os apresentados pelo Relatório do MS e do SNS verificamos que, em 2017, o Centro Hospitalar do Algarve apresentou o menor custo médio por trabalhador, aliás o menor nos anos de 2015, 2016 e 2017. Já o Centro Hospitalar de Gaia/Espinho foi o que apresentou o maior custo médio por trabalhador.

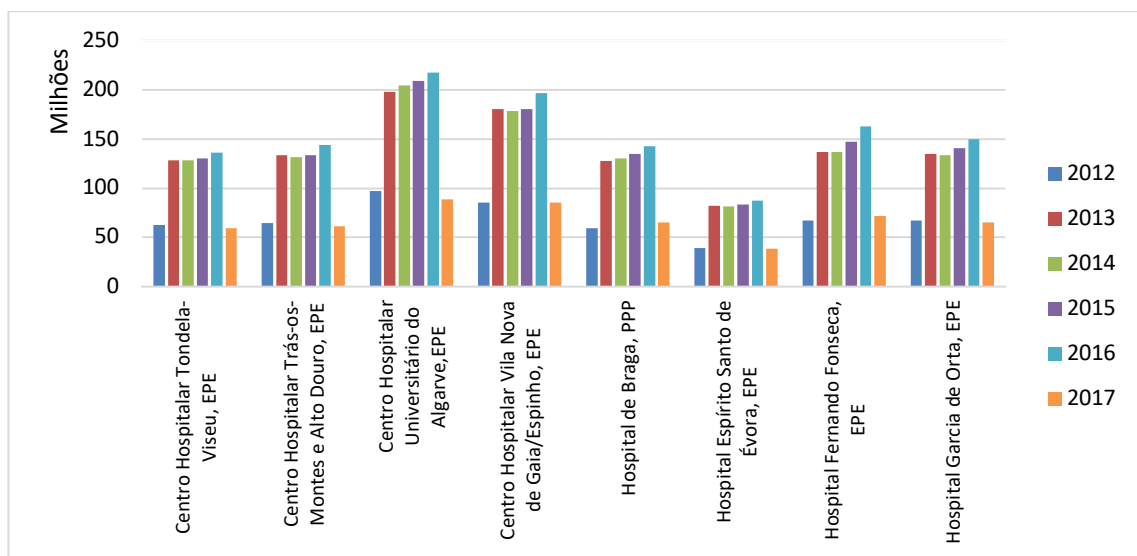


Figura 27: Custos com o pessoal, instituições do grupo D de 2012 a 2017.

O Grupo E expõe-se na figura 28, onde o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra é o que tem mais custos com o pessoal seguido do Centro Hospitalar Lisboa Central. Além disso, relativamente ao período indicado, o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental tem cerca de metade dos custos com o pessoal que o Centro Hospitalar Lisboa Central e o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, os de maiores custos. Confrontando os dados com os publicados pelo relatório do MS (figura 30), o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental apresenta também o menor custo médico com o pessoal. Porém, neste relatório, o maior custo médio por trabalhador é apresentado pelo Centro Hospitalar do Porto ao invés do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Contudo, o mais curioso é que os valores apesar de muito díspares no gráfico apresentado na figura 28, se analisados em termos de custo médio por trabalhador em 2017, as diferenças não são assim tão destacadas: o Centro Hospitalar Lisboa Central tem o custo de 29,48 de custo médio com o trabalhador, Lisboa Ocidental 28,41, o Centro Hospitalar São João 30,68, o Centro Hospitalar do Porto 32,54, o de Coimbra 31,02 e o Lisboa Norte de 29,33 milhares de euros.

Estas disparidades poderão resultar da forma de análise feita, através da soma do custo médio mensal, modo de cálculo que pretendeu minimizar os valores muito díspares entre meses de um mesmo ano numa mesma instituição. Como exemplo, os custos com o pessoal do Centro Hospitalar do São João relativamente ao ano de 2016 e por mês são: janeiro: 14 567170€, fevereiro 14780553€, março 14090062€, abril 14456601€, maio 14195533€, junho 5525876€, julho 14508771€, agosto 14856172€, setembro 14934529€, outubro 15350478€, novembro 15369681€ e dezembro 14753962 €, valores muito díspares sem razão conhecida, repetida em muitas outras instituições. Não se conseguiu apurar, em tempo útil, razão conhecida para estas discrepâncias.

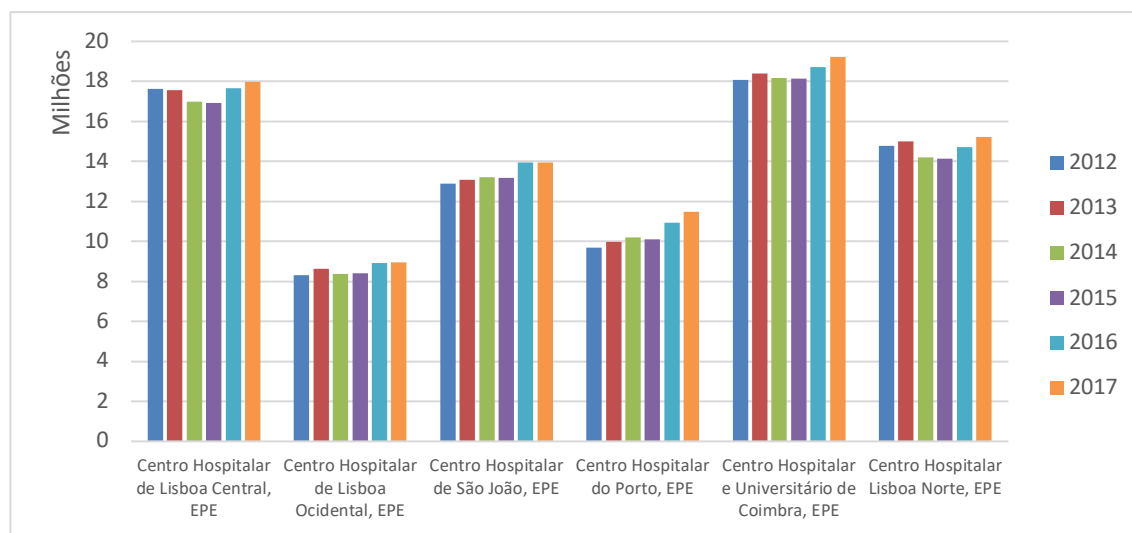


Figura 28: Custos com o pessoal, instituições do grupo E, de 2012 a 2017.

O grupo F exibe-se na figura 29 com a evolução por ano dos 3 institutos Portugêses de Oncologia e mostra que Coimbra teve um menor custo que o de Lisboa e do Porto ao longo dos anos. Porém, confrontando os valores obtidos com os do relatório do MS (figura 30),

confere-se que no ano de 2017, relativamente ao Grupo F, o custo médio por trabalhador entre os 3 IPO'S, é pouco variável, com Coimbra a apresentar uma média de 28,27, Lisboa 28,43 e o Porto 27,41 milhares de euros.

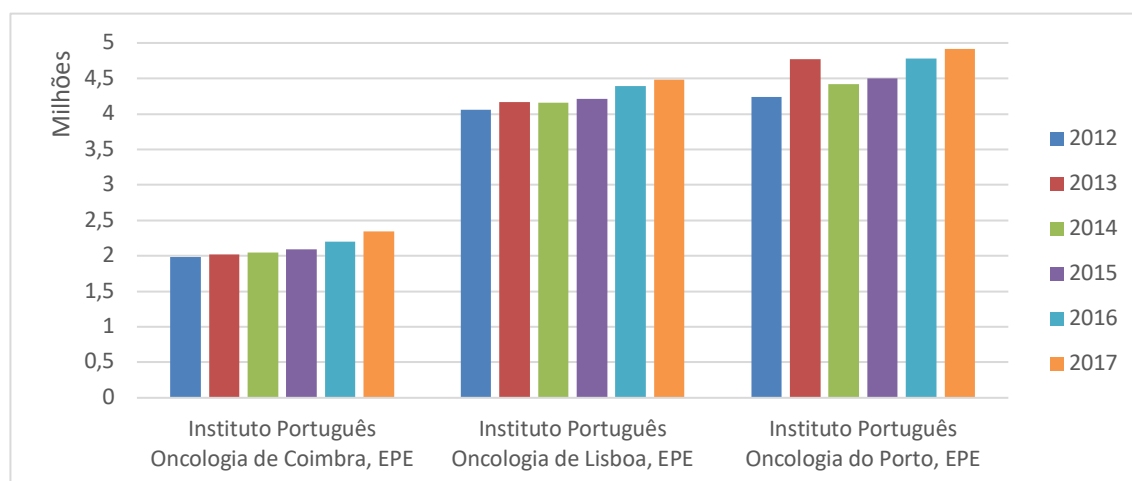


Figura 29: Custos com o pessoal, instituições do grupo F, de 2012 a 2017

Os dados citados ao longo deste indicador e adaptados do Relatório Social do MS e do SNS de 2017, apresentam sucintamente, por instituição o custo médio por trabalhador, que se apresenta na figura 30.

Entidade	2015		2016		2017	
	Total de Custos com pessoal	Custo médio por trabalhador (em milhares de €)	Total de Custos com pessoal	Custo médio por trabalhador (em milhares de €)	Total de Custos com pessoal	Custo médio por trabalhador (em milhares de €)
ARS Lisboa e Vale do Tejo, IP	287.264.174,00 €	34,89	297.798.710,22 €	35,35	315.749.847,34 €	36,86
ARS Alentejo, IP	24.437.028,54 €	33,11	25.488.592,04 €	34,49	26.782.105,27 €	36,74
ARS Algarve, IP	45.779.364,05 €	28,96	47.488.901,01 €	29,83	50.224.663,37 €	33,28
ARS Centro, IP	151.580.367,09 €	34,74	158.639.910,96 €	35,51	165.148.100,85 €	36,62
ARS Norte, IP	319.905.879,76 €	36,42	336.364.344,03 €	37,76	350.832.712,20 €	38,94
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	33.239.596,23 €	27,20	33.719.526,91 €	28,26	35.408.570,47 €	29,31
Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga, EPE	46.885.189,83 €	25,78	51.107.448,13 €	28,30	55.454.211,76 €	27,58
Centro Hospitalar de Leiria, EPE	49.949.149,89 €	26,40	53.463.903,59 €	27,32	56.622.999,94 €	27,99
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE	101.055.745,73 €	26,77	106.932.980,48 €	27,61	111.198.783,13 €	28,41
Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE	203.092.533,80 €	28,33	211.730.794,90 €	28,37	220.098.119,88 €	29,48
Centro Hospitalar de São João, EPE	158.068.033,86 €	28,78	167.389.389,12 €	29,89	173.929.988,95 €	30,68
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	53.112.394,02 €	25,27	56.034.379,00 €	26,12	59.399.829,52 €	27,45
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE	104.562.574,60 €	25,87	108.864.488,14 €	25,96	115.366.294,36 €	26,66
Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE	45.770.053,88 €	28,05	48.257.720,19 €	28,91	52.146.508,48 €	29,80
Centro Hospitalar Barreiro e Montijo, EPE	42.832.791,42 €	26,77	45.947.732,35 €	26,70	48.450.657,18 €	28,12
Centro Hospitalar do Oeste	38.639.372,70 €	27,10	40.903.771,37 €	27,27	43.560.798,18 €	29,33
Centro Hospitalar do Porto, EPE	121.107.031,07 €	29,56	131.075.808,13 €	31,12	138.803.850,99 €	32,54
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	45.929.970,18 €	26,78	49.461.806,92 €	27,74	53.017.326,17 €	28,28

¹¹ Esta referência é meramente indicativa na medida em que os custos se referem a todo ano de 2017 e os trabalhadores aos efetivos existentes em dezembro 2017.

Entidade	2015		2016		2017	
	Total de Custos com pessoal	Custo médio por trabalhador (em milhares de €)	Total de Custos com pessoal	Custo médio por trabalhador (em milhares de €)	Total de Custos com pessoal	Custo médio por trabalhador (em milhares de €)
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	217.581.038,45 €	29,13	224.613.038,49 €	29,94	236.698.479,94 €	31,02
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	169.465.414,01 €	27,78	176.648.340,18 €	28,38	183.387.253,57 €	29,33
Centro Hospitalar Médio Ave, EPE	29.794.937,78 €	28,39	30.598.615,42 €	28,92	32.027.300,55 €	29,55
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	43.803.028,80 €	25,48	46.625.546,77 €	25,55	50.108.040,51 €	26,57
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	17.387.239,56 €	28,80	19.414.949,24 €	29,92	21.177.304,80 €	31,19
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	65.231.449,89 €	28,85	68.135.613,61 €	29,51	71.208.100,44 €	30,47
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	66.887.895,32 €	28,71	71.982.086,25 €	29,58	77.168.914,40 €	30,59
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	90.295.119,67 €	30,12	98.430.287,98 €	29,18	103.738.953,49 €	31,15
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	13.712.332,70 €	24,38	14.093.962,51 €	25,21	14.199.011,92 €	25,72
Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães, EPE	41.772.780,10 €	28,02	45.473.348,50 €	29,76	47.803.343,87 €	29,80
Hospital Magalhães Lemos, EPE	9.984.246,67 €	26,70	10.248.832,85 €	26,82	10.498.129,34 €	26,78
Hospital Aroebispo João Crisóstomo - Cantanhede	2.493.788,98 €	26,81	2.343.739,35 €	24,16	2.481.712,39 €	25,58
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	16.867.632,00 €	29,34	17.825.544,57 €	29,81	18.935.494,01 €	30,84
Hospital Santa Maria Maior, EPE	12.242.021,55 €	24,73	13.291.519,71 €	26,48	13.705.106,99 €	27,03
Hospital Distrital de Santarém, EPE	39.765.512,87 €	27,42	42.987.419,91 €	28,75	47.823.599,00 €	29,78
Hospital Doutor Francisco Zagalo - Ovar	3.654.410,50 €	29,24	3.767.108,13 €	29,43	3.963.838,63 €	31,16
Hospital Espírito Santo - Évora, EPE	41.654.240,32 €	29,71	43.726.026,17 €	29,93	45.484.137,98 €	30,73
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	73.472.031,51 €	26,75	81.580.524,30 €	28,46	86.113.804,35 €	29,38
Hospital Garcia de Orta, EPE	70.199.047,37 €	28,18	74.919.072,05 €	28,54	78.968.520,95 €	29,75
Centro Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais	3.646.623,56 €	24,15	3.839.339,35 €	22,99	4.385.780,00 €	25,21
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	3.033.829,46 €	26,38	3.285.976,22 €	26,55	3.627.345,41 €	29,25
IPO Coimbra, EPE	25.069.808,87 €	28,42	26.355.062,43 €	28,73	27.849.478,91 €	28,27
IPO Lisboa, EPE	50.542.643,69 €	28,05	52.735.321,39 €	28,43	55.022.363,87 €	29,57
IPO Porto, EPE	54.001.036,39 €	26,60	57.374.998,57 €	27,41	59.913.852,59 €	28,30

Entidade	2015		2016		2017	
	Total de Custos com pessoal	Custo médio por trabalhador (em milhares de €)	Total de Custos com pessoal	Custo médio por trabalhador (em milhares de €)	Total de Custos com pessoal	Custo médio por trabalhador (em milhares de €)
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	51.182.633,53 €	30,83	53.245.933,58 €	31,40	57.870.722,45 €	30,17
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	73.741.140,52 €	30,75	79.813.128,45 €	32,30	85.194.482,75 €	33,59
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	37.607.258,51 €	30,09	39.278.548,03 €	30,95	40.052.909,16 €	31,84
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	67.917.401,40 €	29,74	71.183.565,39 €	31,23	74.351.687,18 €	32,24
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	23.460.867,44 €	28,01	25.444.341,42 €	28,73	26.281.883,33 €	28,02
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	53.640.402,19 €	29,51	57.201.776,95 €	31,31	59.340.043,56 €	31,97
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	47.910.027,94 €	29,59	49.189.959,55 €	30,10	50.370.520,56 €	30,60
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	44.500.246,18 €	28,78	46.077.350,41 €	30,23	47.488.751,85 €	30,50
Outras entidades da conta SNS	31.965.045,21 €	28,69	32.693.973,47 €	28,75	34.384.160,84 €	30,14
Total	3.467.724.130,89 €	28,90	3.655.035.058,89 €	29,59	3.843.716.457,20 €	31,26

Notas: No ano de 2014 os valores apresentados para o Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães, EPE referem-se ao Centro Hospitalar Alto Ave, EPE. Outras entidades, inclui: Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P. e Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. No ano de 2014 acresce o Hospital José Luciano de Castro - Anadia. No ano de 2014 acresce o Hospital José Luciano de Castro - Anadia. Fonte: Conta do SNS e dados provenientes do RHV

Figura 30: Custo médio por trabalhador nas instituições do SNS, de 2015 a 2017.

A análise indicia que, de uma forma global, os custos médios por trabalhador aumentaram de 2015 para 2017, tal como verificado anteriormente na análise de dados e corroborados pelos resultados exibidos na figura 13.

4.1.4 Custos com Trabalho Suplementar

Os custos com o pessoal são uma despesa importante para as instituições de saúde e, dentro destes, o custo com o trabalho suplementar é um gasto considerável. O Relatório do MS e do SNS de 2017 refere que entre 2014 e 2016 se registou, progressivamente, um aumento do volume de horas de trabalho suplementar nas diversas entidades, com o ano 2017 a ter um aumento de 5,1%. Os mesmos dados apontam para os locais de maior variação, que são os de maiores dimensões, como o Centro Hospitalar de São João e o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

O trabalho suplementar é uma importante porção nos custos com o pessoal. A análise permite perceber que estes custos tiveram um decréscimo significativo em 2013, em virtude do Orçamento de Estado 2013, que reduziu em 50% as majorações pelo trabalho suplementar, previstas no Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março. No gráfico a seguir, figura 31, extraído do mesmo Relatório, verificamos a evolução entre os anos de 2010 a 2017:

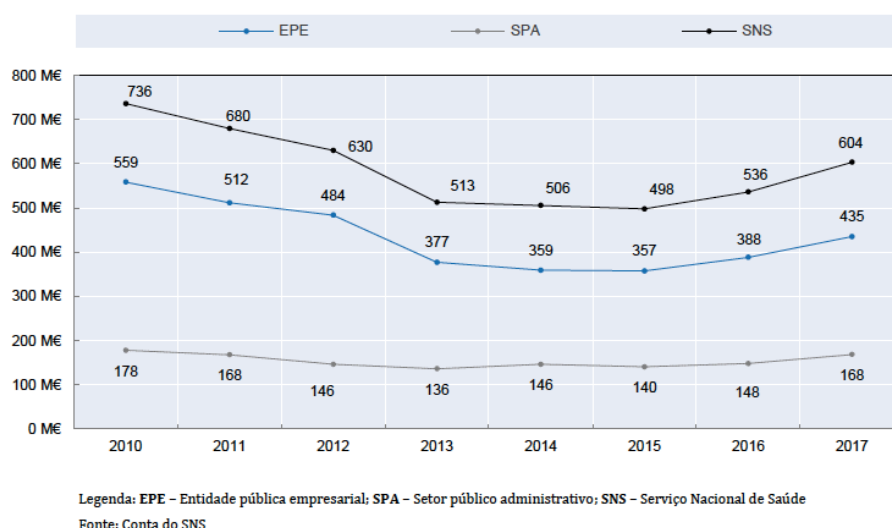


Figura 31: Evolução dos custos com o trabalho suplementar do pessoal, entre 2010 e 2017.

A análise aos dados da ACSS permite uma visão mais estratificada. No gráfico a seguir, figura 32, podemos ter uma ideia da % de custos com as horas extras e suplementos entre os anos

de 2012 e 2017, por grupo hospitalar, salientando-se os anos de 2012 como o de maior custo, como também comprovado anteriormente:

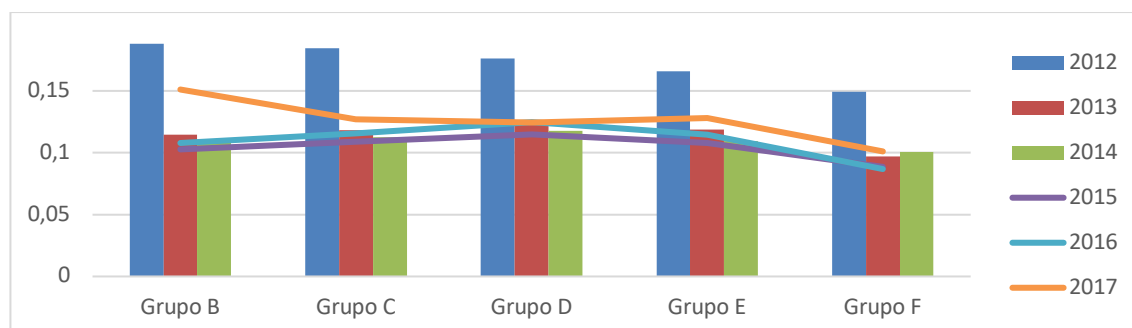


Figura 32: % de custos com as horas extras e suplementos nos custos totais com o pessoal, entre 2012 e 2017, por grupo hospitalar.

Este gráfico mostra que o ano de 2012 foi o de maiores custos e que desde 2015 os custos têm aumentado, apesar de ainda não chegarem aos níveis de 2012.

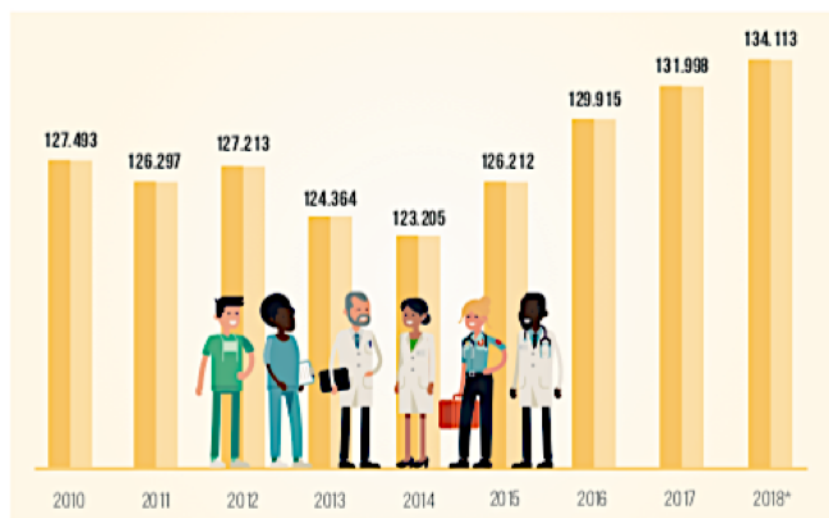
Os dados do relatório do MS e do SNS de 2017 apresentam dados relativos às classes profissionais.

A classe médica auferir uma parte significativa do seu vencimento referente ao trabalho suplementar, uma vez que este é realizado quer em regime de presença física ou de prevenção. Nesta classe profissional, informações do mesmo relatório de 2017 (face a 2016), mostraram decréscimos nestes custos, nomeadamente o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE, Centro Hospitalar do Porto, e Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE. Já o IPO Coimbra, EPE, Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga, EPE e IPO Porto, EPE aumentaram as horas de trabalho suplementar.

Já no que toca a profissionais de enfermagem, o aumento do trabalho suplementar foi mais sobressaído. Em 2017 o pessoal de enfermagem, em termos globais, viu o seu volume de trabalho suplementar aumentar em 16%, e já no ano de 2016 tinha sido de 24%. O mesmo relatório na página 152 cita *“tal facto deve-se, maioritariamente, à alteração ocorrida no período normal de trabalho dos trabalhadores em funções públicas com a reposição das 35 horas de trabalho semanal, cujo reflexo não pôde deixar de sentir-se, particularmente, no contexto hospitalar, na medida em que, envolvendo a prestação de trabalho destes profissionais a modalidade de turnos, em regime de laboração contínua de 24 horas por dia e 365 dias por ano, uma parte das horas de trabalho perdidas tiveram de ser compensadas por recurso à realização de trabalho suplementar.”*

No que respeita ao pessoal técnico superior de saúde, os mesmos dados referem um aumento global de cerca de 14% face ao ano de 2016, cuja justificação é a atrás citada, a da alteração do horário de trabalho.

Este indicador mostra que os custos com o pessoal diminuíram bruscamente em 2013, mantendo-se relativamente estáveis nos anos seguintes, aumentando desde 2016. Estes dados (2013 e 2014) associam-se também, a um número mínimo de profissionais no SNS, como nos mostra a figura retirada do Retrato da Saúde de 2018 a seguir, figura 33:



Fonte: ACSS, 2018

Recursos Humanos no SNS | Número total de profissionais.

* Dados a 28/02/2018

Figura 33: Recursos Humanos no SNS. (Adaptado de Retrato da Saúde, 2018)

Os dados analisados e os fornecidos pelo Relatório do MS e do SNS de 2017 indicam que houve um decréscimo significativo nos custos com o pessoal e nos custos com o trabalho suplementar na altura da laboração das 40 horas de trabalho, nos anos de 2014 e 2015. Para estes custos menores houveram vários contributos: a diminuição dos recursos humanos na saúde, alteração do horário de trabalho, a diminuição do pagamento do trabalho suplementar imposto pelo Orçamento de Estado de 2013, diminuindo em 50% as majorações previstas no Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março.

Campos Lima (2016) descreve algumas medidas aplicadas no setor público, fruto do Memorando de Entendimento e do governo vigente que podemos associar à diminuição dos custos com o pessoal e com o trabalho suplementar:

- Congelamento dos salários nominais,
- Corte nos salários nominais acima de 1500 euros entre 3,5% e 10% (prolongando a medida já aplicada em 2011 até 2015),
- Corte de 50% no subsídio de Natal em 2011 e no subsídio de Natal e de férias em 2012 (não prolongado em 2013 devido à intervenção do Tribunal Constitucional),
- Aumento do período normal de trabalho semanal de 35 para 40 horas (Lei n.º 68/2013).

Em suma, os custos no período analisado foram significativamente menores face aos anos anteriores (em 2017 ainda não estão ao nível de 2010-2011), e para tal facto contribuíram um conjunto de fatores, com um papel importante o da alteração do horário de trabalho.

Se analisarmos a informação fornecida pelo Relatório da Primavera de 2018 fornecido pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) encontramos algumas informações bastante pertinentes no âmbito dos recursos humanos em saúde e os seus custos. Os autores referem que a despesa com recursos humanos face ao total de despesa em saúde em Portugal tem oscilado entre os 32-34% mas abaixo dos 38% registados em países desenvolvidos, porém valor encontrado para o SNS (em torno dos 38%). No período de 2010 a 2015, segundo os autores do Relatório da Primavera de 2018, a despesa com remunerações no SNS registou uma variação na ordem dos -9%, e o número de profissionais variou cerca de -1%. Em 2016 parece ter havido uma mudança de ciclo, dado o número de efetivos no SNS ter variado 2,9% e a despesa com remunerações ter sofrido um aumento de cerca de 5,4%. Se analisarmos a variação entre 2015-2017 o número de recursos humanos na saúde no SNS variou +4,6%, as horas contratualizadas variaram +6,3% (ou seja, mais profissionais e mais horas disponíveis, depois dos profissionais contratados para colmatar a alteração do horário de trabalho) e o trabalho suplementar variou -10,2% no mesmo período.

4.2 Dimensão Produtividade

4.2.1 Doente Padrão por Médico ETC

4.2.2 Doente Padrão por Enfermeiro ETC

A análise a indicadores e a sua confrontação com dados internacionais na área da saúde, introduz o conceito de médico/habitante e enfermeiro/habitante. Dados publicados pela OECD em 2017, no documento “Portugal: Perfil de Saúde do País 2017” mostra que o número de médicos por 1000 habitantes é superior à média da OECD (4,6 em Portugal para 3,6 na União Europeia), enquanto que nos enfermeiros a situação é inversa (6,3 por 1000 habitantes confrontando com 8,4/1000 habitantes na União Europeia), o que se mostra no gráfico a seguir, figura 34, adaptado do mesmo documento.

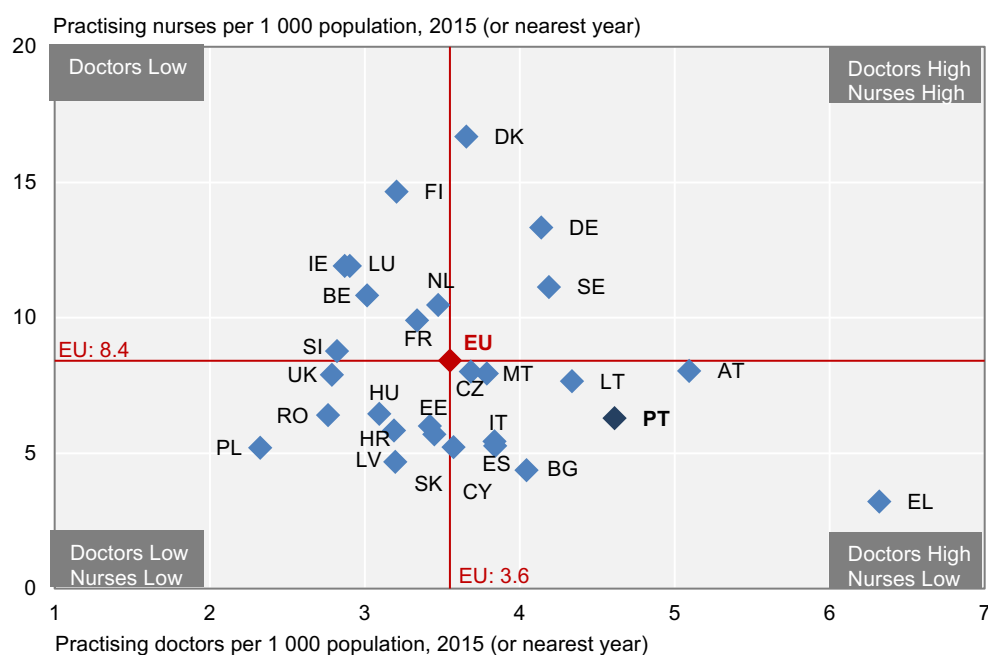


Figura 34: Relação entre médicos e enfermeiros/1000 habitantes. (Adaptado de OECD, 2017)

Conhecendo a posição de Portugal na Europa, afigura-se relevante conhecer os dados relativos a Portugal bem como a sua evolução. Dados recendes da PORDATA mostram a evolução desde 1970 do número de médicos e enfermeiros por 100 mil habitantes:

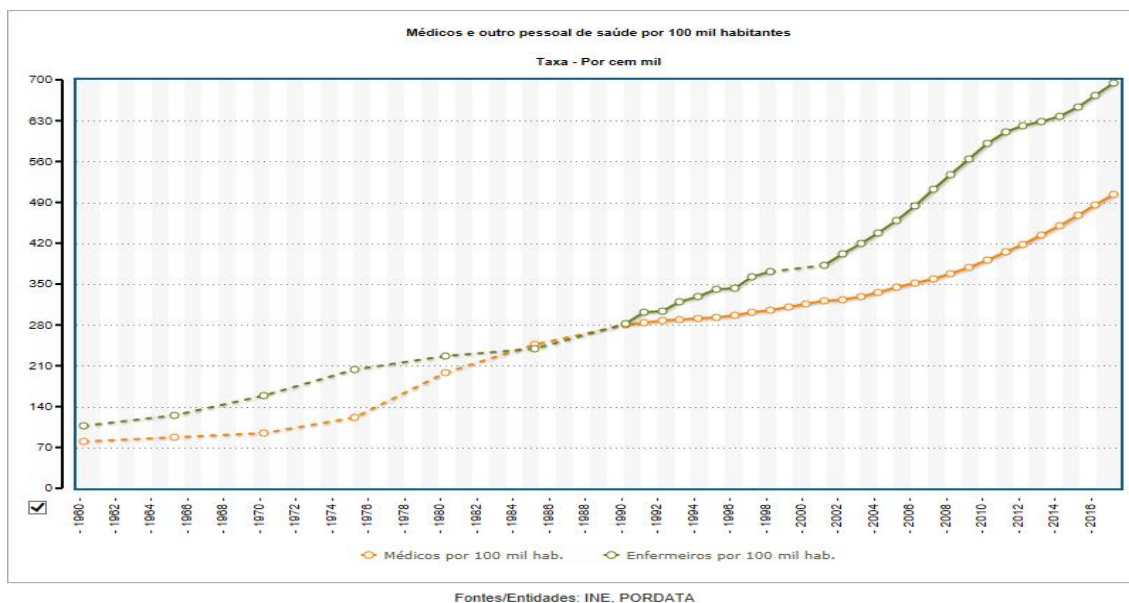


Figura 35: Médicos e Enfermeiros por 100mil habitantes. (Adaptado de PORDATA 2018)

Conhecendo os dados relativos a Portugal nos últimos anos e a posição na União Europeia, apresenta-se uma análise face aos dados disponíveis no sítio da ACSS.

Começando pelo indicador de número de doentes por médico (Equivalente a tempo completo), por grupo hospitalar e ao longo do período analisado, averigua-se uma tendência decrescente em 2017 com relativa estabilidade nos anos anteriores, como verificado no gráfico da figura 36.

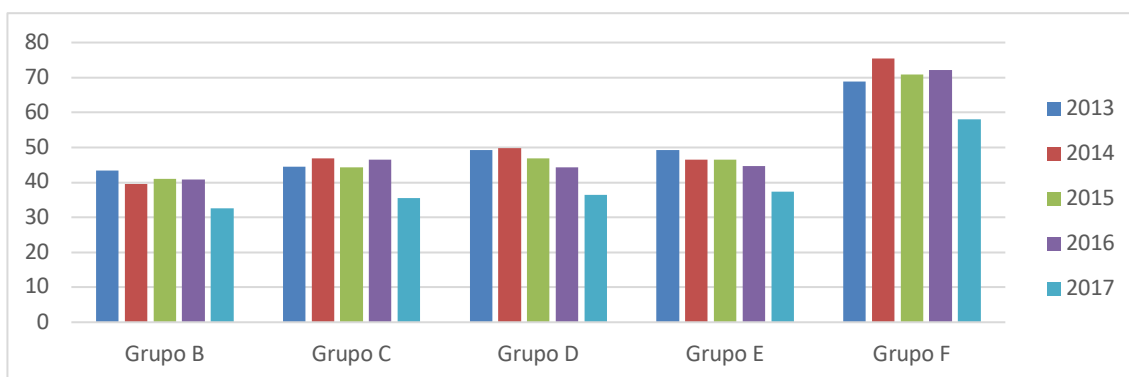


Figura 36: Número de doentes por médico (Equivalente a tempo completo), por grupo, entre 2013 e 2017.

Já ao analisar os dados por grupo, confirma-se que em média, no grupo B, um médico tem cerca de 39 doentes, com o seu valor máximo em 2013 e um decréscimo em 2017, como se comprova na figura 37.

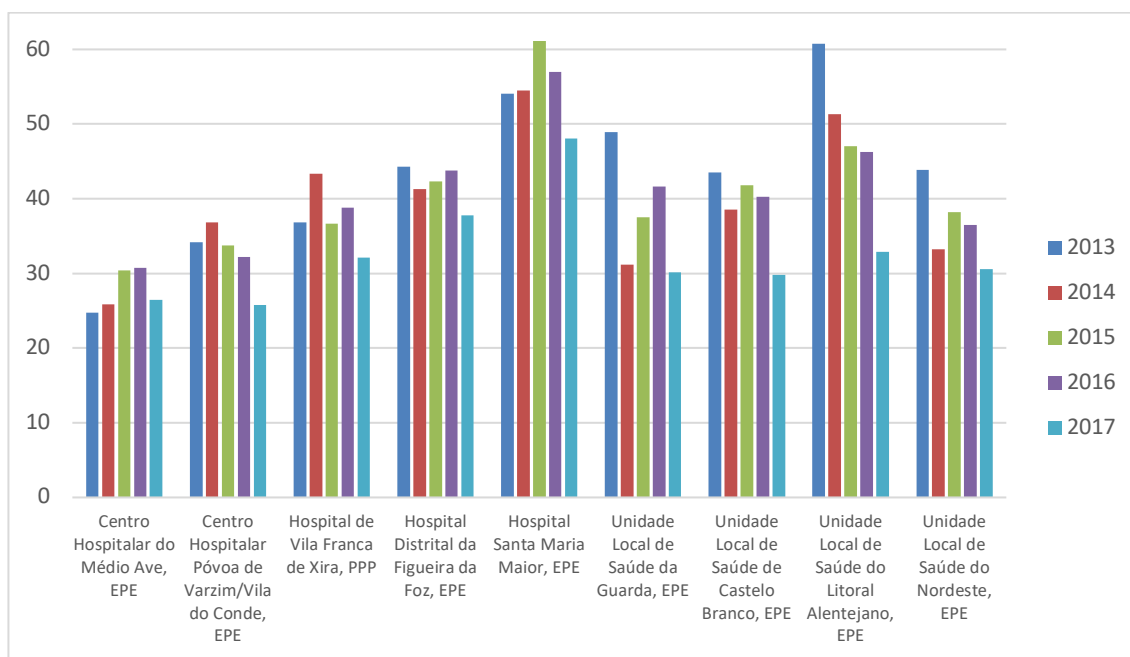


Figura 37: Número de doentes por médico, instituições do grupo B, entre 2013 e 2017.

No grupo C, a média de doentes por médico no período de 2013 a 2017 foi de 43, tendo o ano de 2017 contribuído para o decréscimo do valor médio, em todos os hospitais/centros hospitalares, à exceção da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo que, desde 2014, tem tido um aumento consistente. Mais uma vez, o Centro Hospitalar Cova da Beira apresenta um valor díspar no ano de 2014, o que após conhecer o seu Relatório e Contas desse ano, se justifica pela escassez de recursos humanos verificada.

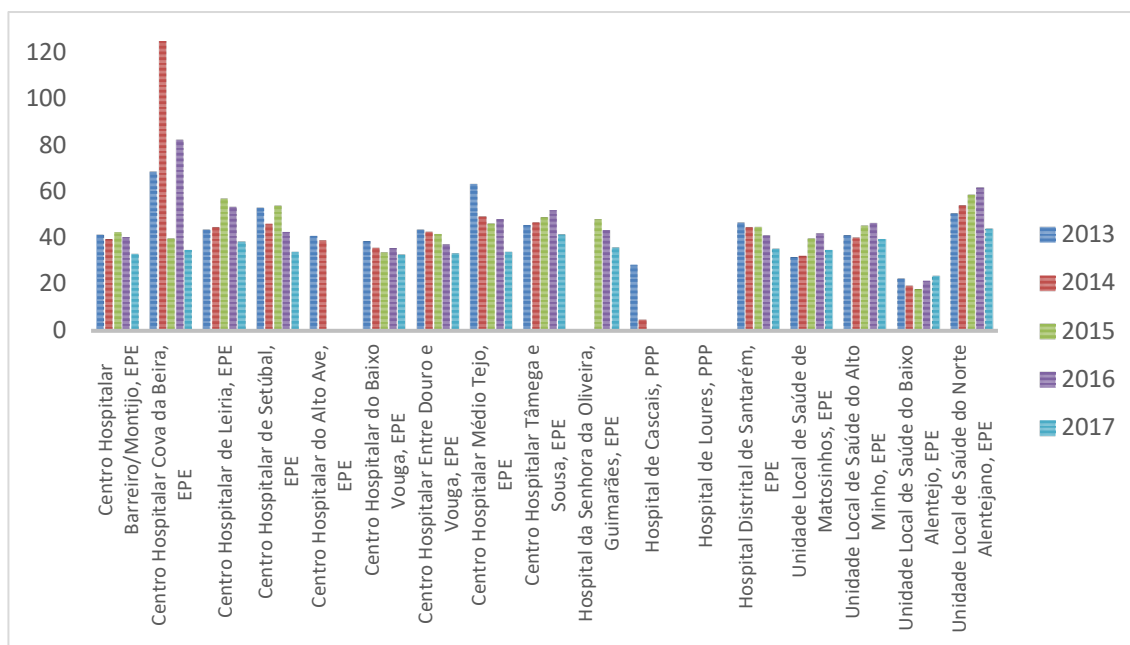


Figura 38: Número de doentes por médico, instituições do grupo C, entre 2013 e 2017.

Já no grupo D o número de doentes por médico tem uma relativa estabilidade notando-se apenas um decréscimo no ano de 2017, evidenciado na figura 39.

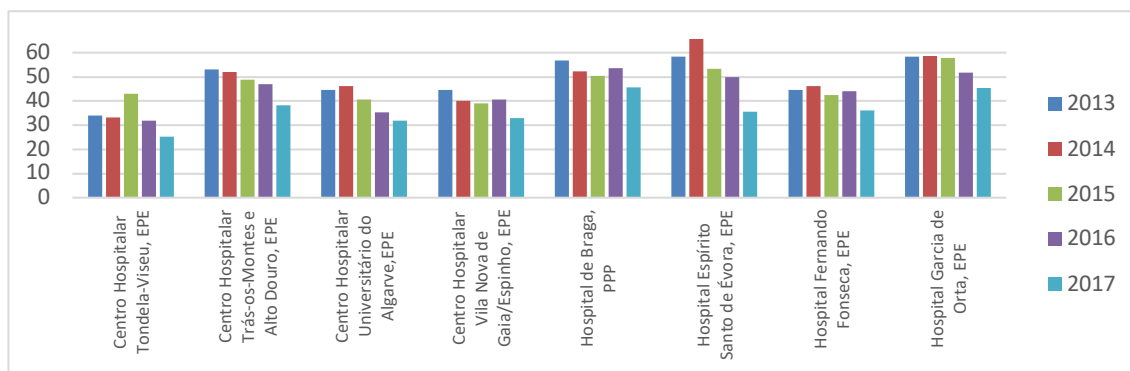


Figura 39: Número de doentes por médico, instituições do grupo D, entre 2013 e 2017.

No grupo E, o número de doentes por médico, em média foi declinando ao longo do período analisado, com uma média no período de 45 doentes por médico. O gráfico, da figura 40, permite inferir de uma relativa semelhança entre as várias instituições, salientando-se o Centro Hospitalar de Coimbra com um maior número de doentes por médico.

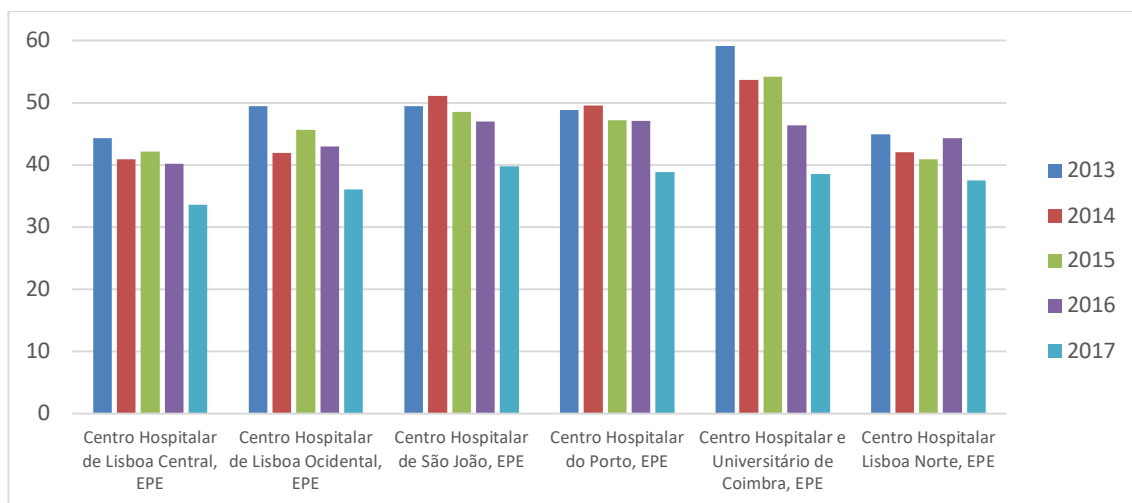


Figura 40: Número de doentes por médico, instituições do grupo E entre 2013 e 2017.

Finalmente, no grupo F, o número médio de doentes é de 69 para os três IPO no período apresentado, destacando-se os dados do IPO de Lisboa, com uma média para o período de 74. Além disso, relativamente aos anos apresentados, o maior número médio de doentes foi em 2014 e o menor em 2017, o que vem de encontro aos dados já apresentados.

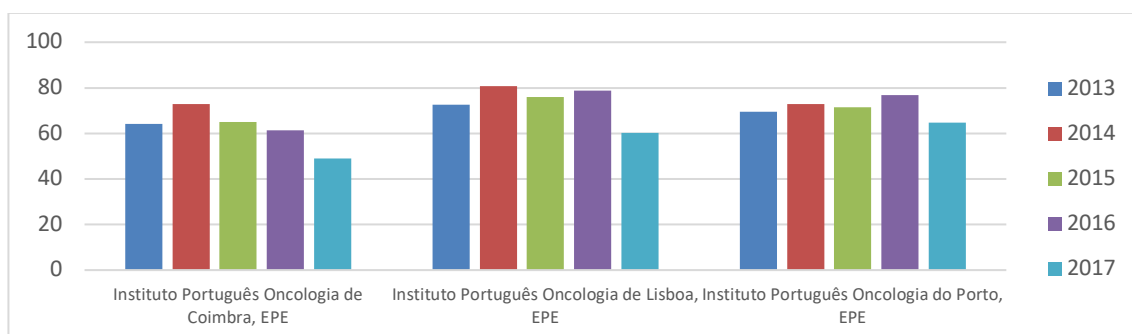


Figura 41: Número de doentes por médico, instituições do grupo F entre 2013 e 2017.

Quanto ao número de doentes por enfermeiro equivalente a tempo completo, o período analisado, em termos de desempenho por grupo, mostra que, em média, o valor foi de 34, com o ano de 2014 a ter o máximo valor médio de 44, enquanto o valor médio mínimo foi em 2017 e de 22.

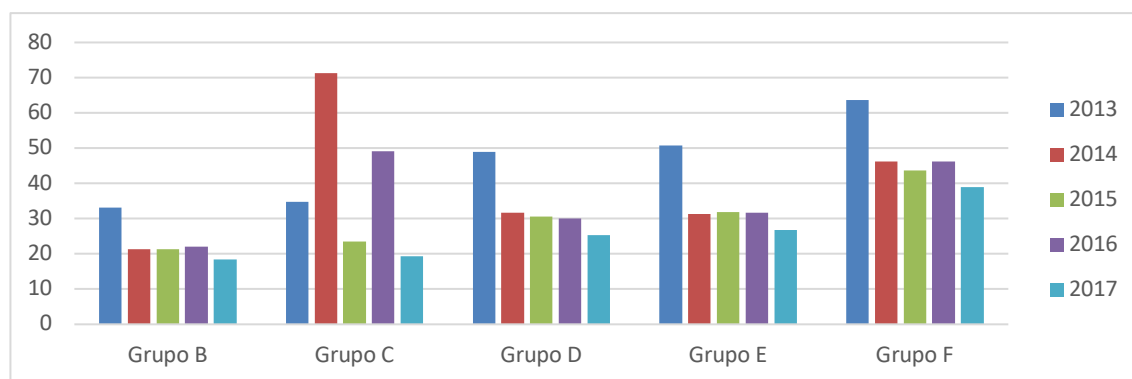


Figura 42: Número de doentes por enfermeiro equivalente a tempo completo, por grupo, entre 2013 e 2017.

Quanto ao desempenho por grupo, o grupo B mostra que o ano de 2014 foi o que teve maior número médio de doentes por enfermeiro, com o maior número de doentes por enfermeiro a ser partilhado entre o Hospital de Vila Franca de Xira e o da Figueira da Foz.

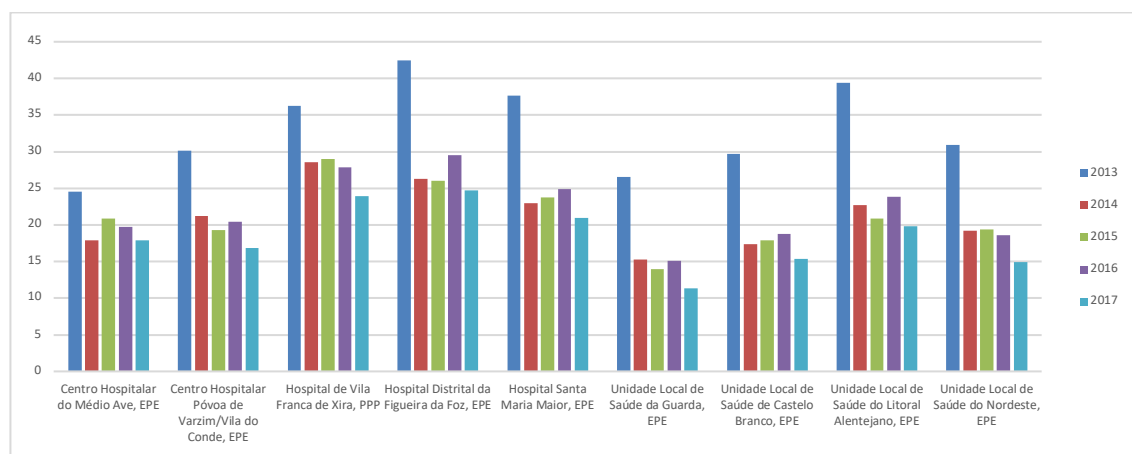


Figura 43: Número de doentes por enfermeiro, nas instituições do Grupo B, entre 2013 e 2017.

No grupo C os valores são bastante dispersos, e dizem respeito ao ano de 2014 do Centro Hospitalar da Cova da Beira. A consulta ao relatório e contas desta instituição, como já verificado, descreve a situação fortes constrangimentos económicos e escassez de recursos

humanos, impostos pelas restrições económicas. Além disso, no período analisado, em média, no grupo C, cada enfermeiro tinha 41 doentes.

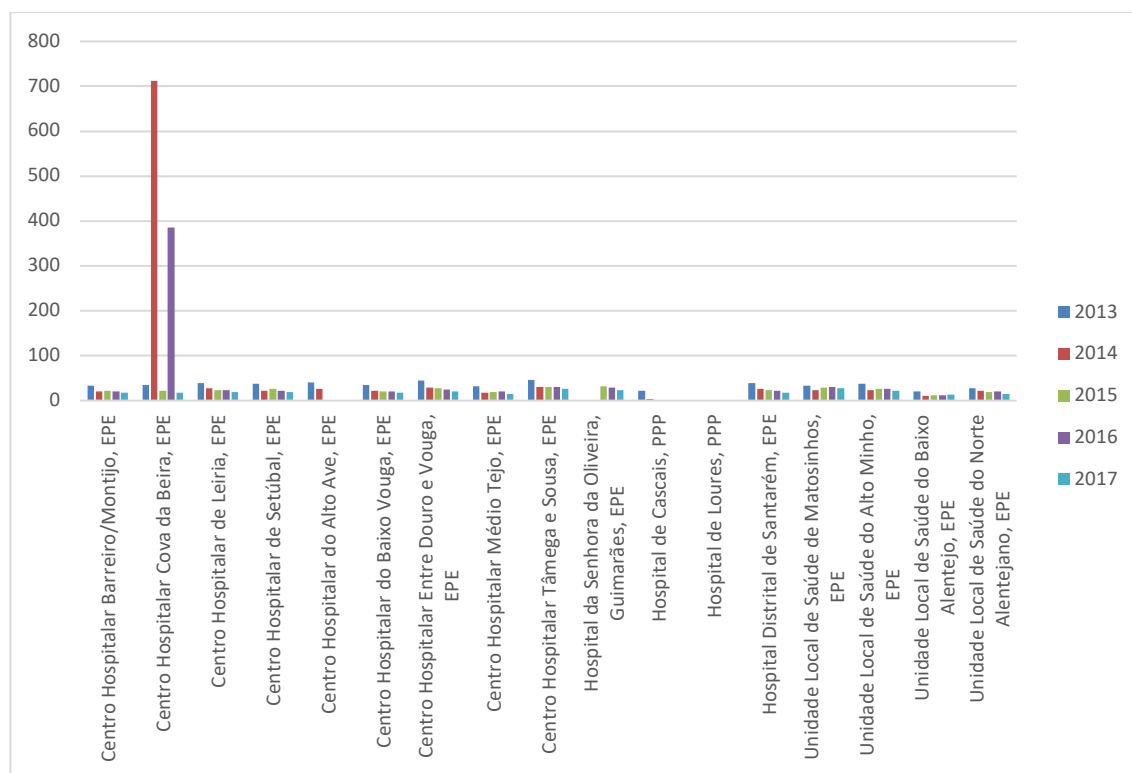


Figura 44: Número de doentes por enfermeiro, nas instituições do Grupo C, entre 2013 e 2017.

No grupo D, o ano de 2013 foi o de maior valor médio de doentes por enfermeiro. Em média, no período apresentado, o valor foi de 31 doentes por enfermeiro. Há ainda a ter em consideração que em 2017 houve uma redução significativa em todas as instituições.

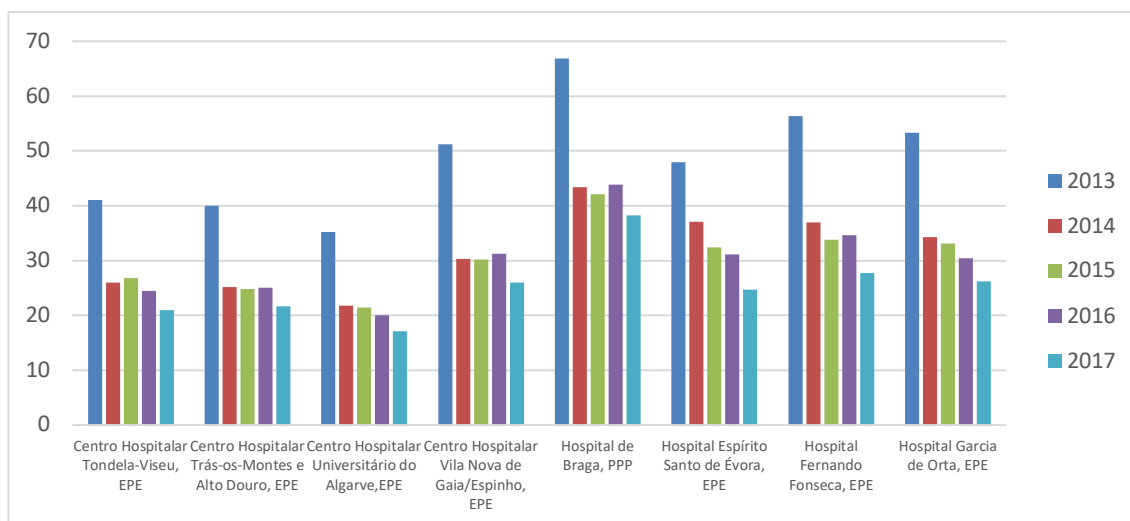


Figura 45: Número de doentes por enfermeiro, nas instituições do Grupo D, entre 2013 e 2017.

Quanto ao grupo E, a análise aos valores médios são coincidentes com as do grupo anterior, com o valor máximo em 2013 e redução para cerca de metade em 2017.

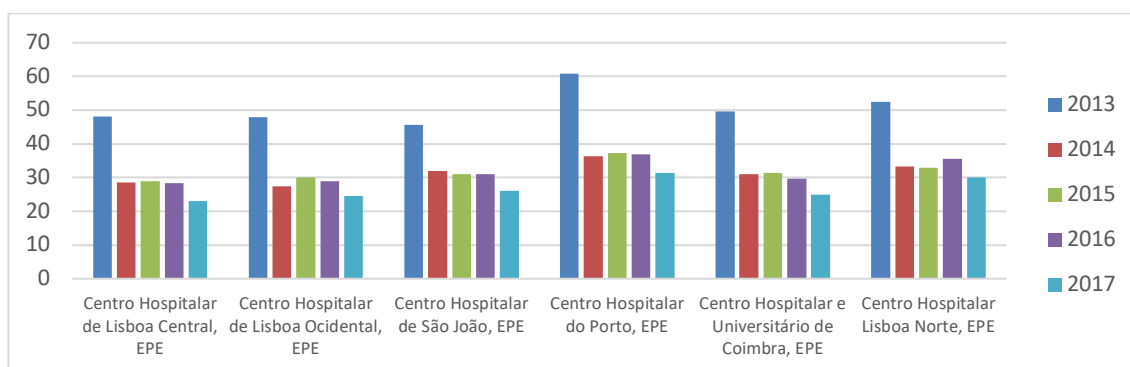


Figura 46: Número de doentes por enfermeiro, nas instituições do Grupo E, entre 2013 e 2017.

No grupo F, os valores vão de encontro aos restantes grupos, maiores valores em 2013 e menores em 2017. Salienta-se a performance semelhante entre as instituições, com valores médios para o período de 45,6 para o IPO de Coimbra, 47,7 para o IPO de Lisboa e 44,3 para o do Porto.

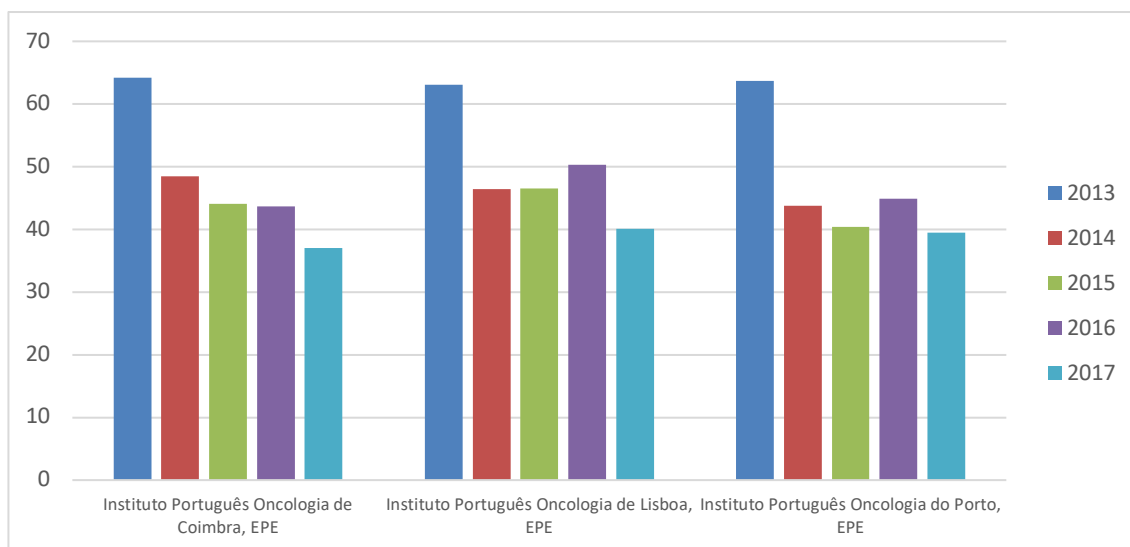


Figura 47: Número de doentes por enfermeiro, nas instituições do Grupo F, entre 2013 e 2017.

A análise a estes indicadores, quer em relação ao número de doentes por médico ou enfermeiro permite que se conclua que 2013 foi o ano em que o número de doentes por enfermeiro ou médico foi maior, coincidentes com os dados mínimos de recursos humanos na saúde, já apresentados. Além disso, os anos de laboração das 40 horas, 2014 e 2015 (anos civis completos) coincidiram com decréscimos nestes valores, o que se compreende. Porém, os dados disponíveis para 2017, demonstrou-o como sendo o ano com menor número de doentes por médico e enfermeiro, justificado pelo aumento do número de profissionais de saúde no SNS.

4.2.3 Taxa anual de ocupação em internamento

O número de camas disponíveis em contexto hospitalar desde 2000 tem vindo a diminuir. Quer analisando dados da União Europeia quer de Portugal, os valores coincidem. No que à Europa se reporta, a figura a seguir, figura 48, adaptada do documento *Health at a Glance: Europe 2016*, mostra a realidade de 2010 e 2014:

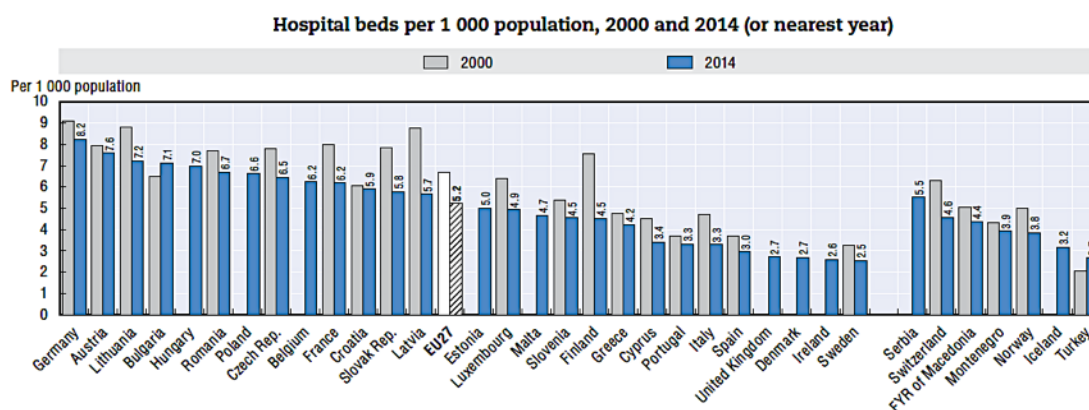


Figura 48: Número de camas por 1000 habitantes. (Adaptado de OECD 2016)

A figura mostra que, de um modo geral, o número de camas disponíveis diminuiu em todos os países. A realidade portuguesa não é muito diferente e os dados mais recentes da PORDATA mostram a evolução do número de camas nos hospitais desde 2010:

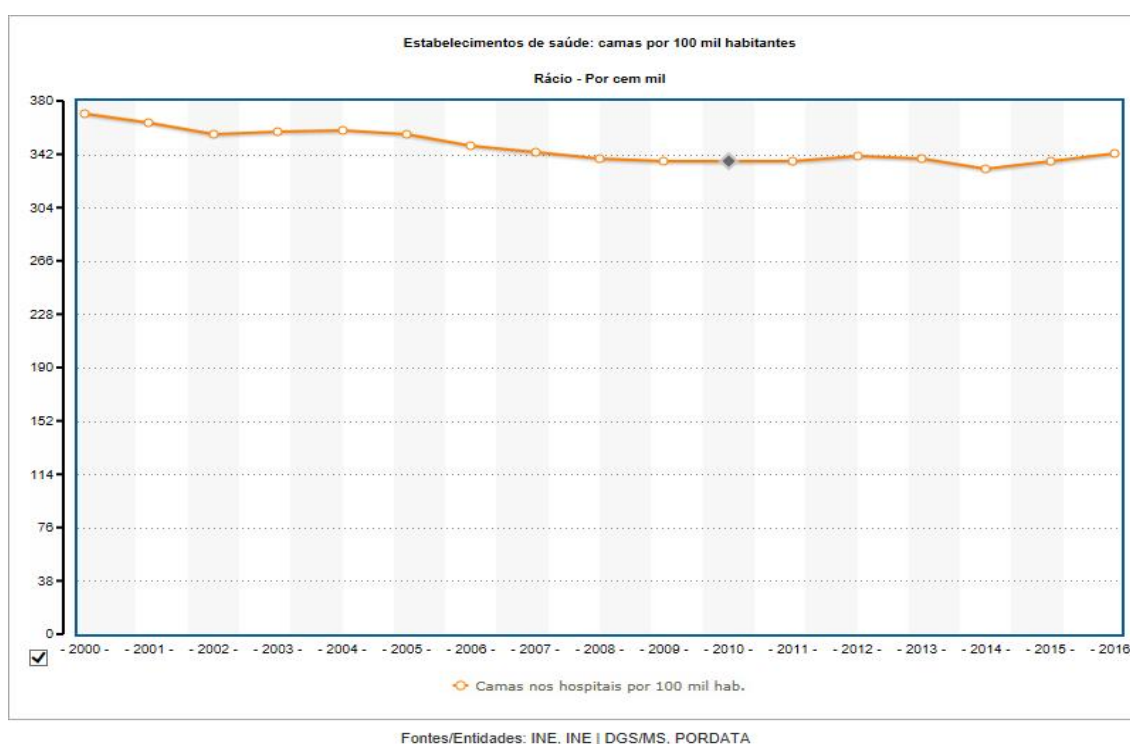


Figura 49: Nr. ° de camas por 100 mil habitantes, de 2010 a 2016.

A realidade portuguesa mostra-se conforme com a Europeia, apresentando um ligeiro decréscimo de camas em 2014, com posterior aumento em 2015 e 2016 (342,2 camas por 100 mil habitantes em 2016).

A análise ao indicador relativo à taxa anual de ocupação afigura-se de grande importância, sendo expectável uma taxa de ocupação entre 80-90%. O próprio sítio da ACSS tem associado um código de cores que varia de acordo com as taxas de ocupação:

- Verde: $80\% \leq \text{Taxa de Ocupação} \leq 90\%$,
- Vermelho: $\text{Taxa de Ocupação} < 75\%$ e $\text{Taxa de Ocupação} > 95\%$,
- Amarelo: $75\% \leq \text{Taxa de Ocupação} < 80\%$ e $90\% < \text{Taxa de Ocupação} \leq 95\%$.

A observação dos dados fornecidos pela ACSS, figura 50, utilizando valores médios mensais para o cálculo do valor anual, apresenta para o período uma taxa de 87,6%. Para esta taxa de internamento média, surgem algumas instituições com valores mensais de taxas de internamento superiores a 100% no ano de 2014 (nomeadamente o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, o Hospital de Loures, o Hospital Distrital de Santarém e a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano), justificado também por um menor número de camas disponíveis em 2014. Já em 2015, é expectável, que as taxas superiores a 100% sejam menores. Neste ano, apenas o Hospital Fernando da Fonseca e o IPO de Coimbra tiveram em média, anualmente, uma taxa anual de internamento superior a 100%. No ano de 2016 o mesmo aconteceu no Hospital Nossa Senhora da Oliveira de Guimarães, em Vila Franca de Xira e em Santarém. Já em 2017 apenas o Hospital da Nossa Senhora da Oliveira de Guimarães teve uma taxa anual média de ocupação de internamento superior a 100%.

Convém realçar que no período analisado, 2013 a 2017, o Centro Hospitalar do Montijo, Hospital da Senhora da Oliveira de Guimarães, o Hospital Distrital de Santarém e a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano apresentaram, em algum momento, taxas anuais médias superiores a 100%. Estes valores de taxas de internamento podem, em certa medida, ser fruto da resposta insuficiente dos cuidados continuados e paliativos. Sobre esta temática, a ERS no seu estudo sobre “Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos” de Dezembro de 2015, refere que Portugal ainda se caracteriza por uma baixa disponibilidade no acesso de camas para este tipo de cuidados e refere ainda que as regiões do Norte, Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo são as de mais deficiente resposta. (ERS, 2015)

O gráfico da figura 50 apresenta, de uma forma global, os dados já comentados sobre as taxas de internamento.

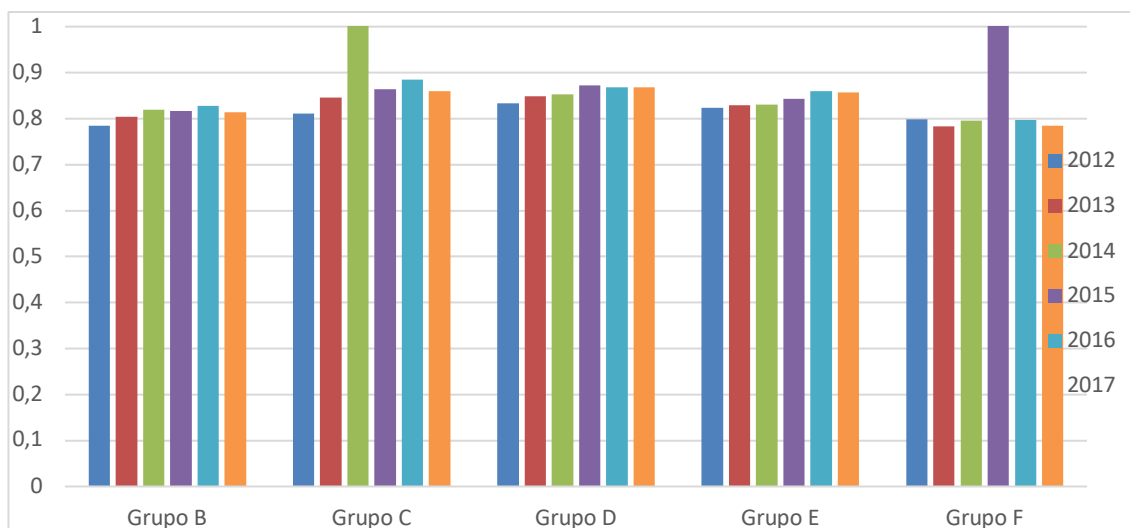


Figura 50: Taxas Anuais Médias de internamento, por Grupo Hospitalar e no período de 2012 a 2017.

4.2.4 N° de dias até à cirurgia em episódios de GDH cirúrgicos programados

O indicador referente ao n° de dias até à cirurgia em episódios de GDH cirúrgicos programados, no período apresentado, tem como média, nas instituições apresentadas, 339,9 dias. A decomposição por grupo hospitalar mostra uma grande disparidade nos tempos de espera, com o grupo E a ser, de longe, o que ostenta maior tempo de espera, com períodos a rondar os 1000 dias.

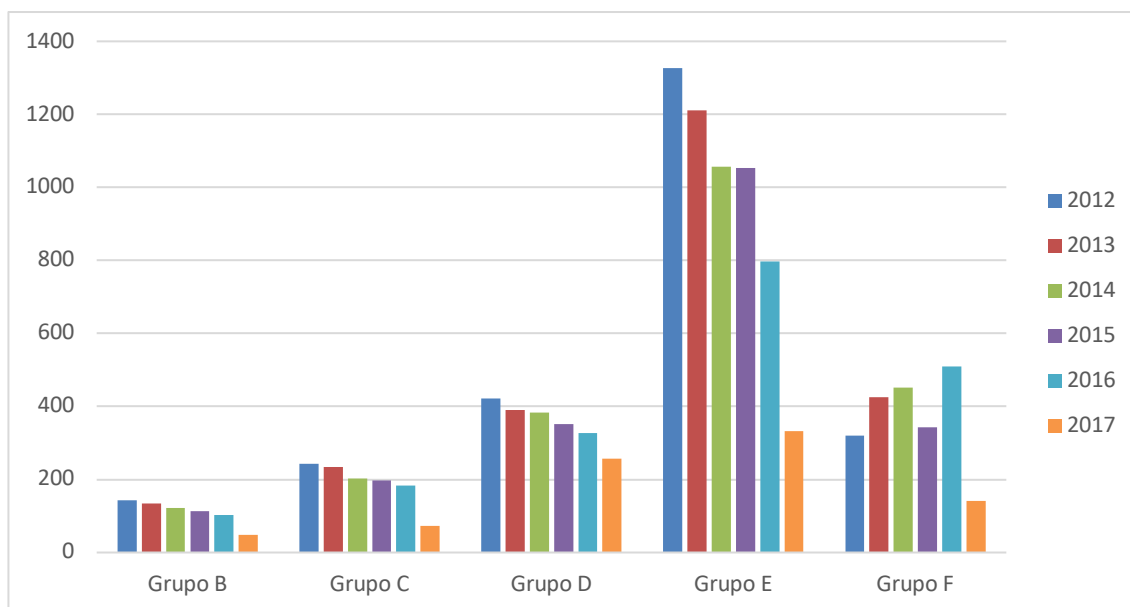


Figura 51: N° de dias até à cirurgia em episódios de GDH cirúrgicos programados, por grupo hospitalar e no período entre 2012 e 2017.

Os dados mostram que, neste indicador, ao longo dos anos, o tempo de espera foi diminuindo, à luz também da aplicação da lei no âmbito do Tempo Máximo de Resposta Garantida, mas que claramente ainda não os respeitam. Relativamente a estes tempos, será exposta informação adiante.

4.3 Dimensão Desempenho Assistencial

4.3.1 % Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis

A cirurgia de ambulatório é apontada como um importante instrumento para aumentar a efetividade, eficiência e qualidade nos cuidados de saúde. Além dessas vantagens, o impacto positivo para o doente que em menos de 24 horas vê a sua situação resolvida é imensurável, associado a uma diminuição brutal de custos em saúde.

Em 2018 foi publicado um Despacho, o Despacho n.º 1380/2018 de 8 de Fevereiro, que criou um Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, com o objetivo máximo de proceder à avaliação dos últimos 10 anos de Cirurgia de ambulatório em Portugal, bem como definir áreas de intervenção prioritária.

Desde 2007, segundo o mesmo Despacho, que Portugal se tem assumido como uma referência na cirurgia em regime de ambulatório, fazendo o mesmo despacho referência a que, em 2018, 80% das cirurgias com indicação internacional para serem efetuadas em regime de ambulatório o são em Portugal, e cerca de 63% do total de cirurgias programadas já são realizadas nesta modalidade. Considerando os dados apontados por este Despacho, a análise ao indicador relativo à percentagem de Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis afigura-se primordial. Numa visão global, o gráfico da figura 52, com valores médios, exhibe a percentagem de cirurgias Ambulatorizáveis no total de cirurgias, onde se comprova que todas as instituições dos grupos B, C, D e E tem valores acima de 60%. Em relação aos valores médios, nos anos analisados, 73% das cirurgias foram ambulatorizáveis. Quanto à análise aos valores anuais, em 2013 foi de 69%, em 2014 de 75%, no ano 2015 foi de 76%, em 2016 de 78% e no ano de 2017 o valor foi 68%, com dados até Outubro de 2017.

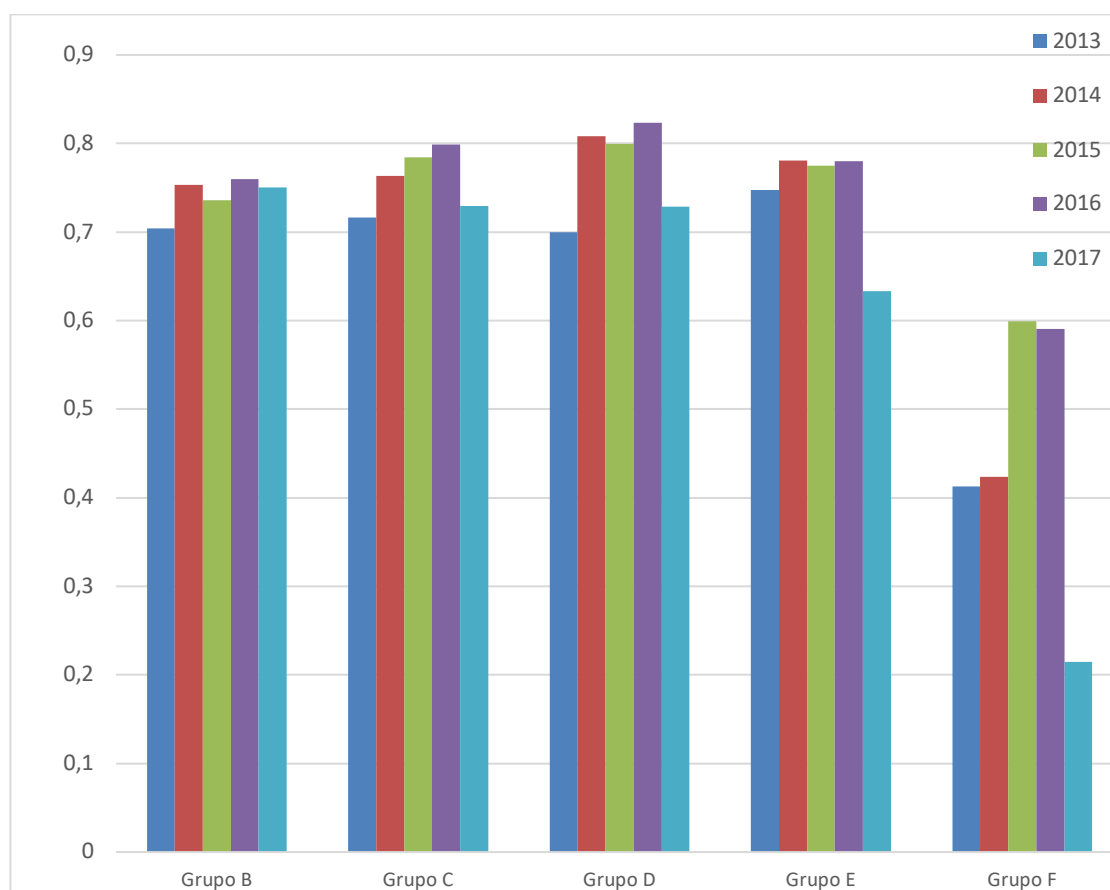


Figura 52: % de Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas para Procedimentos Ambulatorizáveis, por ano e por grupo.

Houve uma evolução ao longo dos anos, com uma tendência crescente nos anos de 2014, 2015 e 2016, observada nos 4 grupos descritos. Já no grupo F, houve um elevado aumento no ano de 2015, que se manteve em 2016. A este grupo reporta a figura 53, onde é exibida a performance dos três IPO, salientando-se a do IPO do Porto.

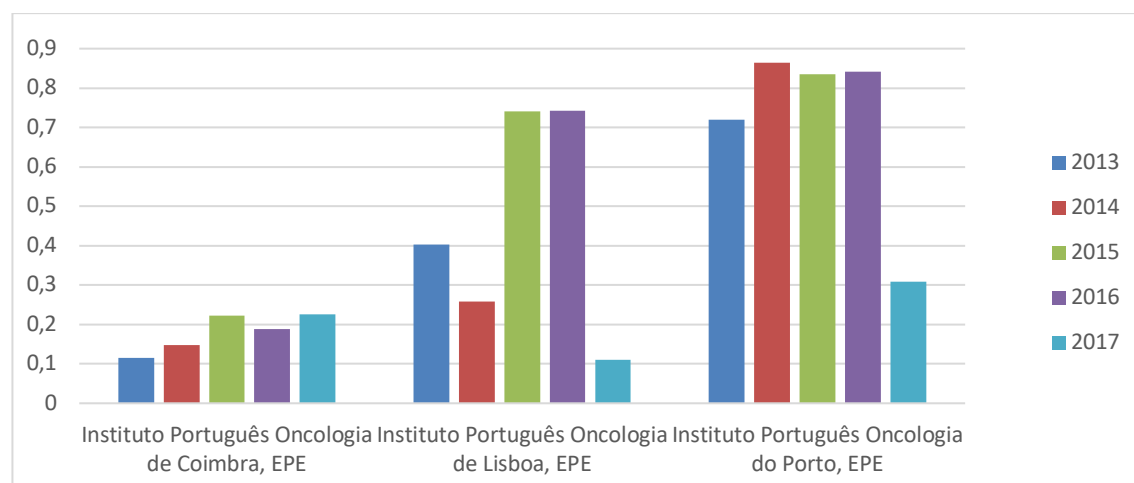


Figura 53: % de Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas para Procedimentos Ambulatorizáveis, por ano e no Grupo F.

4.3.2 % de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias

O indicador relativo à percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias é fortemente associado à dimensão da qualidade prestada pelos serviços de saúde. Em média, no período analisado, rondou os 3%. Relativamente aos grupos, houve um aumento ao longo dos anos analisados, com um decréscimo em 2017, comum a todos os grupos. Aparenta haver um aumento do tempo de espera quando se aumenta a especificidade dos grupos, figura 54.

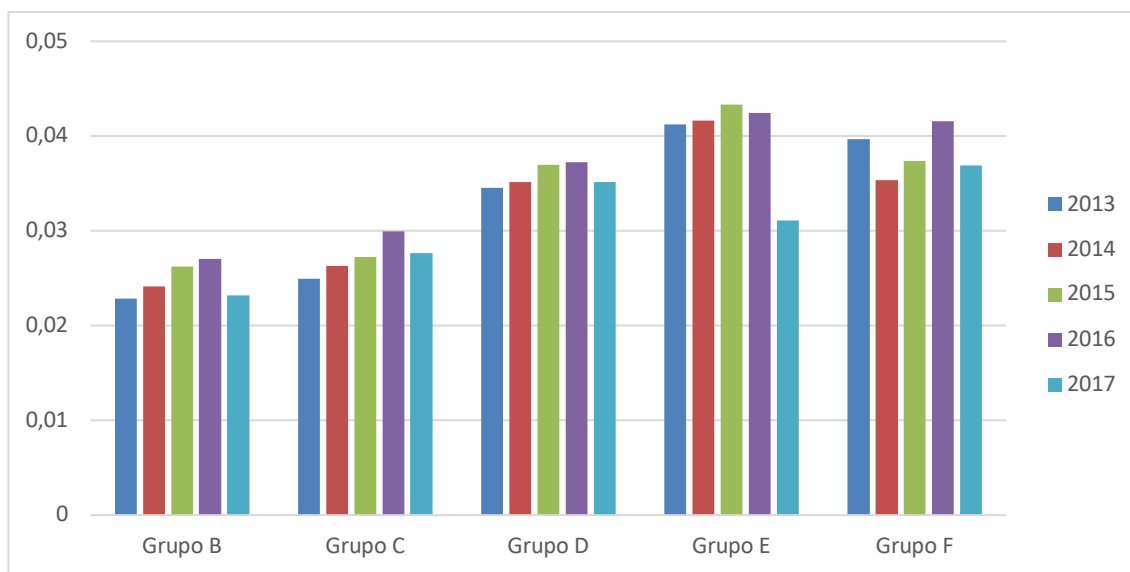


Figura 54: % de internamentos com demora superior a 30 dias, por grupo, entre 2013 e 2017.

A análise ao indicador relativo ao internamento com demora superior a 30 dias é comum a várias análises na área da qualidade do serviço prestado. Neste âmbito, o descontentamento ou a má qualidade percecionada pelo utente leva à procura de alternativas. A procura por seguros privados de saúde tem aumentado significativamente ao longo dos anos. Um estudo da ERS publicado em 2015 nesta temática, “Os Seguros de Saúde e o Acesso dos Cidadãos aos cuidados de saúde”, revela que a oferta de seguros privados tem aumentado, com um crescimento de vendas destes seguros, em termos de volume de receita de prémios, de 1,6% em 2011, 2,2% em 2012, e 3,2% em 2013. O mesmo estudo aponta um crescimento de 45% no período entre 31 de março de 2006 até 31 de março de 2014, com um crescimento médio anual de 4,8%, cujo ano de crescimento mais baixo foi em 2013, com 0,9%. O mesmo estudo confronta estes aumentos com a situação política do país, em contexto de crise. Neste período houve uma diminuição do rendimento médio das famílias de cerca de 7,2% entre 2010 e 2013 e uma taxa de desemprego crescente neste período, sugerindo uma das justificações para este aumento de volume dos seguros de grupo. (ERS, 2015b)

4.3.3 % de Partos por Cesariana

O relatório da Primavera de 2018 formulado pelo OPSS refere a cesariana como uma opção terapêutica inequívoca, em condições bem identificadas. Todavia, não deixa de ser uma cirurgia e é também um fator de risco para a mãe (perturbações da placenta, rotura uterina e

mortes fetais) e potenciadora de condições menos favoráveis para a criança (comprometimento da função pulmonar a curto prazo, hipoglicemia, início menos frequente da amamentação, respostas imunes alteradas e, a longo prazo, asma, diabetes tipo 1 ou obesidade). (OPSS, 2018)

A taxa de cesarianas é considerada internacionalmente como um indicador da qualidade dos cuidados obstétricos. As recomendações da OMS apontam para uma taxa de cesarianas entre 10-15%. (WHO, 2018) Em Portugal, nos hospitais públicos entre 2010 e 2015 houve uma pequena redução (36,3% para 26,7% em 2015), mas ainda acima das recomendações da OMS. (OPSS, 2018)

Relativamente ao indicador taxa de cesarianas no total de partos, ao longo dos anos, tem havido um decréscimo, situando-se o valor médio para o período nos 29% do total dos partos. Nota-se que neste indicador, a performance global do grupo C é a melhor, figura 55. De entre as instituições, destaca-se a taxa média global para o período de 40,47% para a Unidade Local de Saúde do Nordeste como o valor mais alto, enquanto o Hospital de Loures PPP apresenta o menor valor médio para o período, cerca de 21,17%.

O relatório da Primavera de 2018 descreve a taxa de cesarianas como tendo proporções epidémicas em Portugal, com uma das maiores da Europa, sem razão conhecida. Contudo, destaca uma modesta descida, já referida acima, e salienta ainda a variação entre hospitais públicos e privados, com os segundos a apresentarem taxas que são o dobro da dos primeiros (públicos), sem que nenhuma regra de boas práticas ou de combinação de risco o possa justificar. (OPSS; 2018)

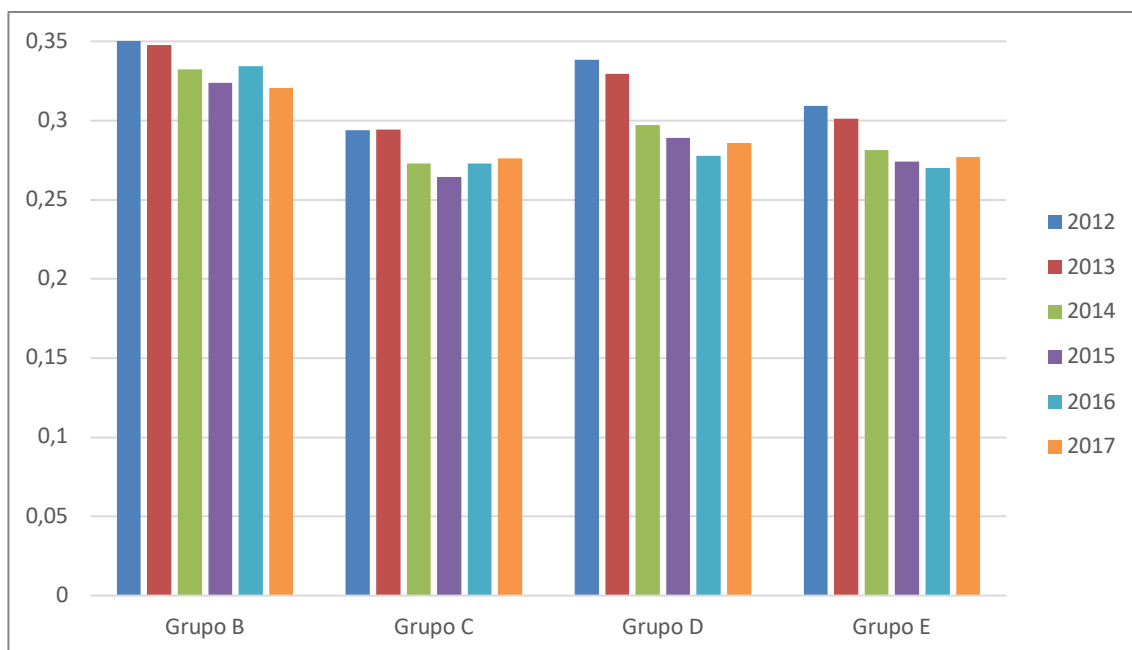


Figura 55: Taxa de cesarianas no número total de partos, por grupo, entre 2012 e 2017.

4.3.4 Número de reinternamentos nos 30 dias seguintes à alta

Por último, ao dissecar o indicador sobre o número de reinternamentos nos 30 dias seguintes à alta verifica-se que, globalmente, em termos médios, têm diminuído nos anos analisados.

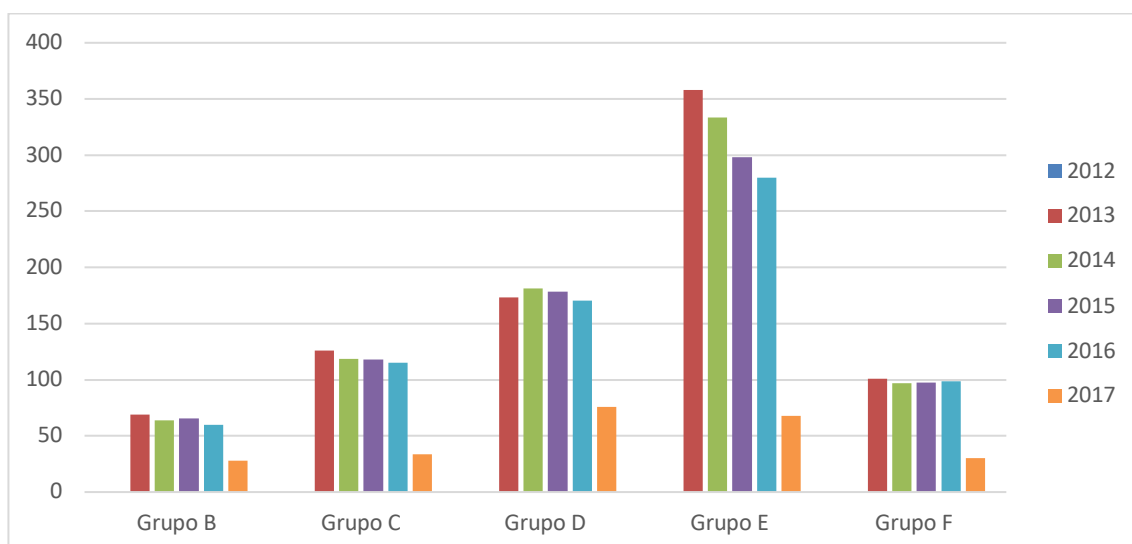


Figura 56: Número de reinternamentos nos 30 dias seguintes à alta, por grupo hospitalar, entre 2012 e 2017.

Verifica-se que o número de reinternamentos tem vindo a diminuir, com o comportamento dos grupos a ser mais ou menos evidente ao longo dos anos, mas sempre no sentido de uma melhoria dos cuidados prestados.

4.4 Dimensão Acesso:

% de Primeiras Consultas Realizadas em Tempo Adequado

A Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde, pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde, implementada pela Lei 41/2007 de 24 de agosto, introduz a necessidade de implementar um tempo considerado clinicamente aceitável para a prestação de cuidados de saúde conforme a condição de saúde de cada utente, o tempo máximo de resposta garantida (TMRG).

Desde aí, inicialmente através da Portaria n.º 95/2013, de 4 de março (que sofreu evoluções através da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril e Lei 15/2014, de 21 de junho que resultaram no Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril) que se estabeleceram critérios mais claros, culminando na Portaria n.º 153/2017 de 4 maio, com a referência última para os tempos máximos de resposta garantida para as primeiras consultas, praticados desde 1 de Janeiro de 2018. Em contexto hospitalar, este tempo máximo depende do nível de prioridade e, de se tratar, ou não, de patologia oncológica ou cardíaca. Por regra, a primeira consulta de especialidade hospitalar deveria ser realizada em 30, 60 ou 120 dias seguidos e contados a partir do registo efetuado pelo médico assistente no sistema informático de suporte, neste caso Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS), conforme o grau de prioridade definido: normal, prioritário ou muito prioritário. Para doença oncológica, os tempos definidos são mais curtos para os diferentes níveis de prioridade: 7 dias para prioridade de nível 3, 15 dias para prioridade de nível 2 ou 30 dias para os casos de menor gravidade, nível 1. No caso de doença cardíaca, os doentes eletivos com prioridade 1 podem aguardar até 30 dias enquanto que os doentes prioritários, de nível 2, podem aguardar até 15 dias seguidos após o registo pelo médico no sistema informático.

A informação precedente indicia que a análise ao indicador deve ser feita com prudência e por grupo hospitalar. No grupo B, o gráfico da figura 57, mostra os valores médios de primeiras consultas nos anos de 2012 a 2017. No gráfico nota-se que, em média, durante o

ano de 2012, o número de consultas foi o menor em todas as instituições. Parece haver uma tendência crescente ao longo dos anos com o seu pico em 2015, ano completo de laboração das 40 horas de trabalho.

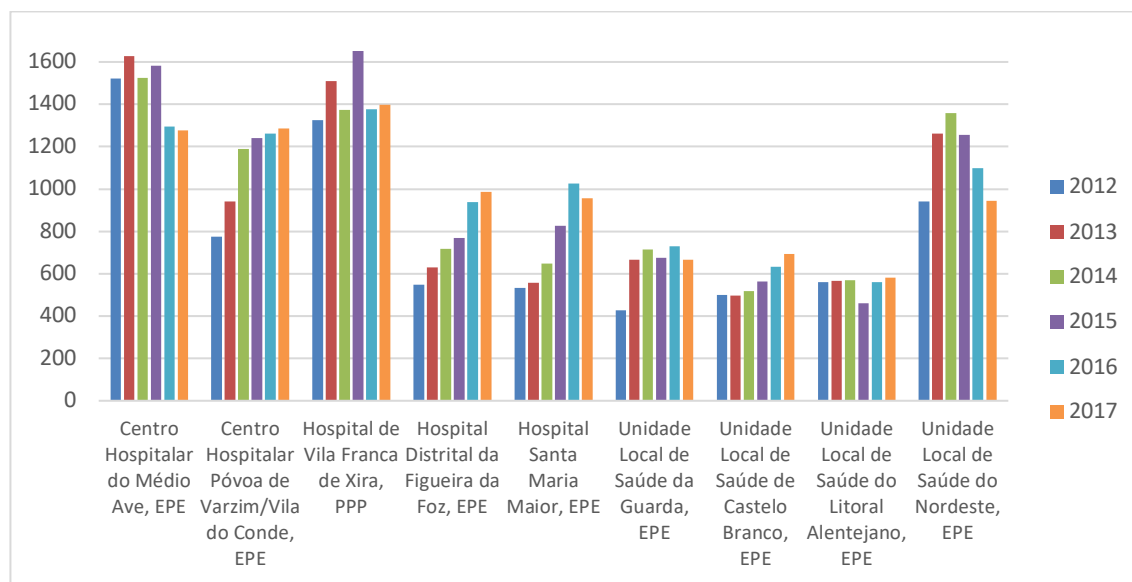


Figura 57: Evolução do número médio de primeiras consultas dentro do TMRG do Grupo B, de Janeiro de 2012 a Outubro de 2017.

Já no grupo C, parece manter-se a tendência crescente em quase todas as instituições ao longo dos anos, e neste grupo, o ano de 2017 foi, na sua globalidade, o ano em que existiram maior número médio mensal de consultas dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantida, mesmo tendo em consideração os tempos impostos pela Portaria n.º 153/2017 de 4 maio.

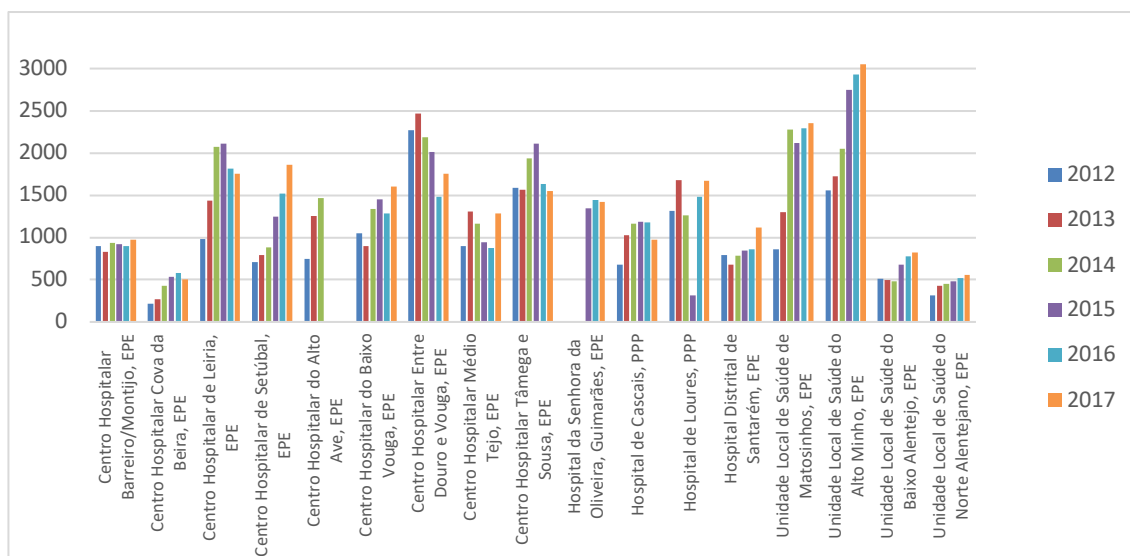


Figura 58: Evolução do número médio de primeiras consultas dentro do TMRG do Grupo C, de Janeiro de 2012 a Outubro de 2017.

No grupo D, a tendência crescente de primeiras consultas dentro do TMRG parece imitar o grupo C, como mostra o gráfico da figura 59.

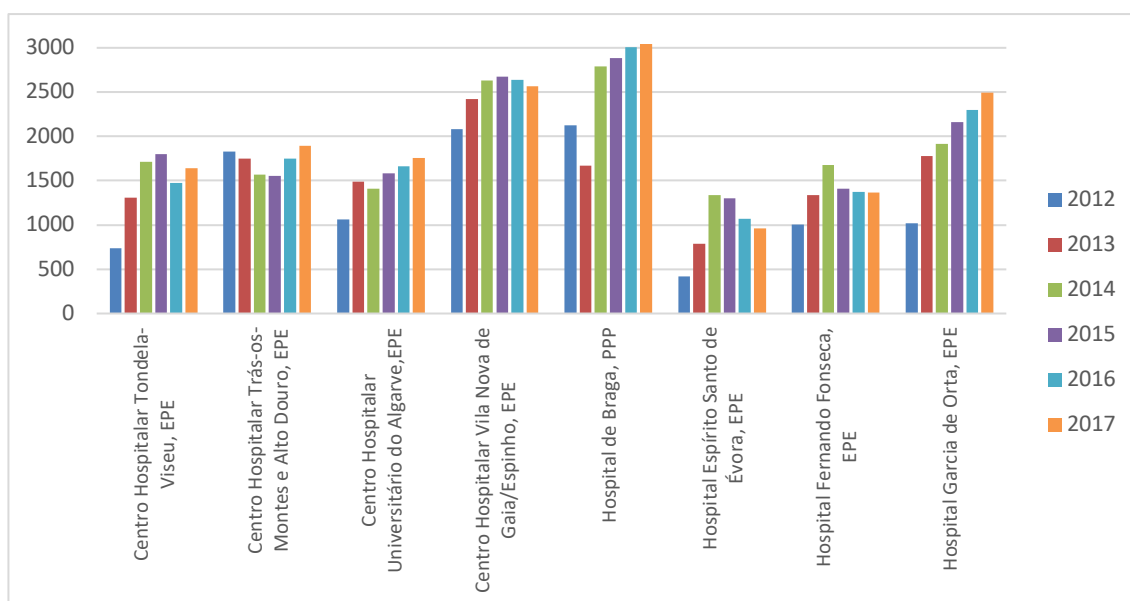


Figura 59: Evolução do número médio de primeiras consultas dentro do TMRG do Grupo D, de Janeiro de 2012 a Outubro de 2017.

Já o grupo E, exposto no gráfico da figura 60, mostra que o Centro Hospitalar São João foi o que realizou, em média, durante os anos analisados, o maior número de primeiras consultas dentro do tempo máximo de resposta garantida.

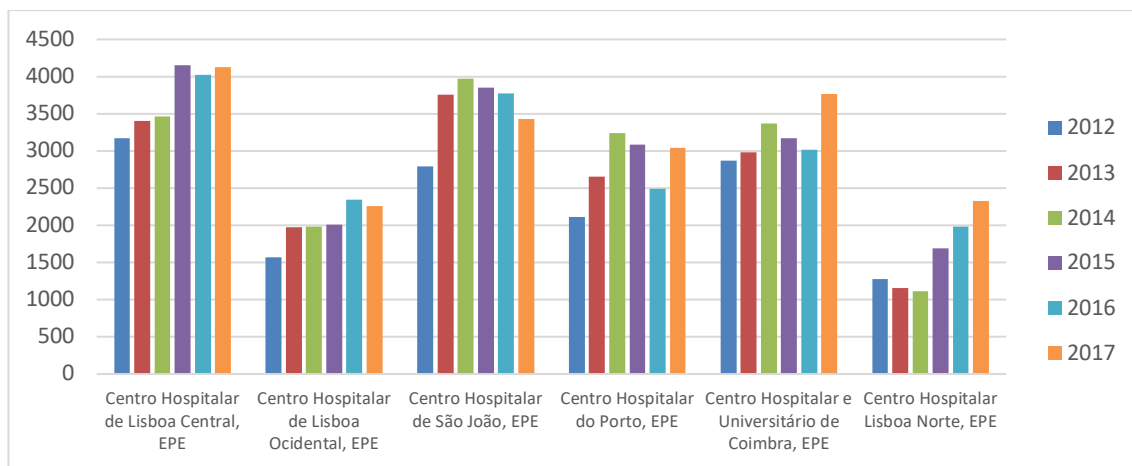


Figura 60: Evolução do número médio de primeiras consultas dentro do TMRG do Grupo E, de Janeiro de 2012 a Outubro de 2017.

Por último, no grupo F, não se observa um padrão, apenas se verifica que, em média, no IPO de Coimbra se realizaram, neste período, mais primeiras consultas dentro do TMRG.

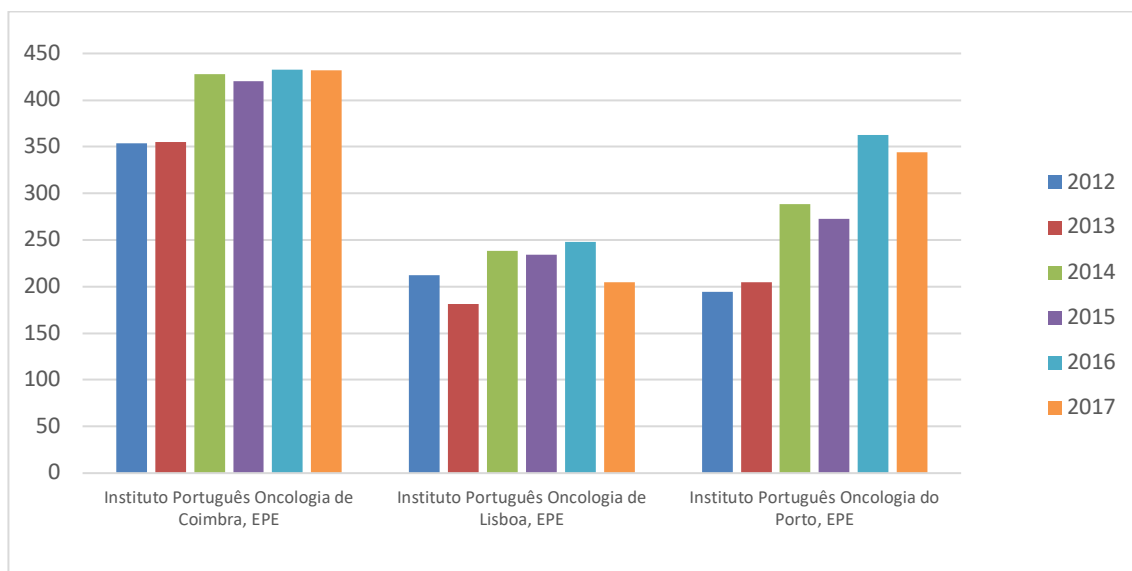


Figura 61: Evolução do número médio de primeiras consultas dentro do TMRG do Grupo F, de Janeiro de 2012 a Outubro de 2017.

Numa análise global ao indicador, atenta-se que o número de primeiras consultas teve uma tendência crescente ao longo dos anos, evidenciado no gráfico da figura 62.

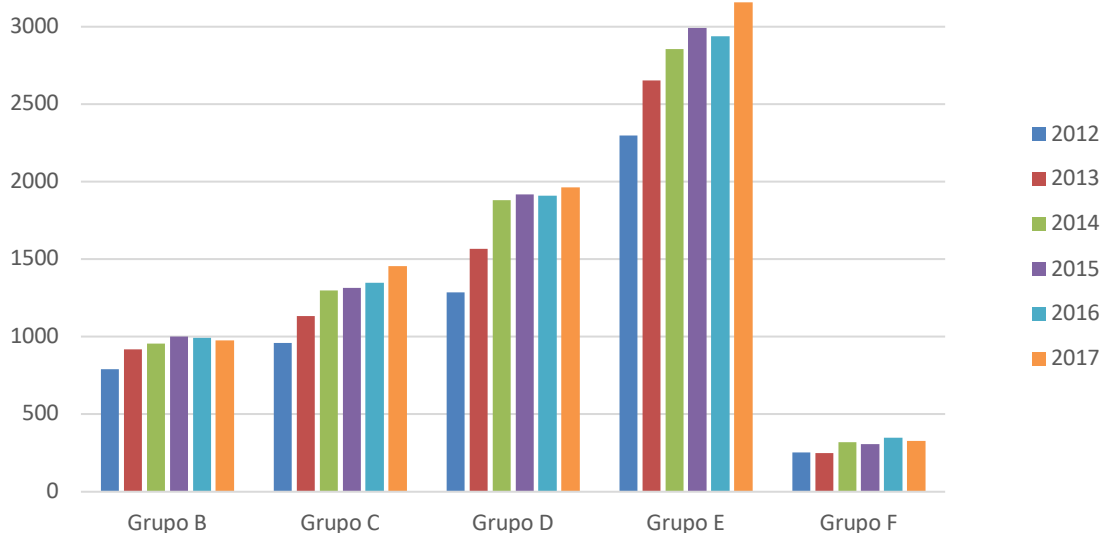


Figura 62: Evolução do número médio de primeiras consultas dentro do TMRG, por Grupos, de Janeiro de 2012 a Outubro de 2017.

Neste indicador, parece ser interessante analisar o indicador do ponto de vista da gestão de reclamações, uma vez que, uma parte significativa das reclamações na área da saúde apontam para o acesso aos cuidados de saúde. A Entidade Reguladora da Saúde, nos seus relatórios de síntese descritiva de 2015, 2016 e 2017 apontam o valor de reclamações sobre acesso aos cuidados de saúde nos 14,9%, 15,1% e 15,2% do total de ocorrências de temas nas reclamações. (ERS, 2016) (ERS, 2017) (ERS, 2018) Portanto, apesar do número crescente de primeiras consultas realizadas dentro do TMRG, encontra-se uma maior tendência no descontentamento do utente ao longo dos anos.

5. Estudo Econométrico

A apreciação aos indicadores apresentados pela ACSS exhibe a evolução positiva de grande parte dos indicadores analisados. Esta análise, todavia, revela que a alteração do tempo de trabalho não pode, por si só, ser um fator preditivo destas mudanças e/ melhorias. Deste modo, o recurso à econometria para a formulação de um modelo estatístico para acrescentar algum valor para apurar esta relação parece ser importante. A econometria irá permitir descrever, através da formulação de um modelo matemático, a possível relação entre algumas variáveis económicas. Será utilizado um modelo clássico de regressão linear.

O modelo de regressão linear é uma das ferramentas básicas da análise estatística de dados, através da qual se infere um modelo que permite prever uma variável (dita dependente) como combinação de um conjunto de outras variáveis (ditas independentes). O critério clássico usado neste modelo, consiste em minimizar a soma dos quadrados dos erros/diferenças entre os valores preditos e os valores observados num conjunto de dados. Para tal, deverá ser usando um modelo com um número reduzido de variáveis para mais facilmente ser aplicado com o mínimo de erros possível, para melhor generalização. (Figueiredo e Nowak, 2017)

O estudo pretendido diz respeito à influência da variável tempo de trabalho na variável custo operacional com o doente padrão. Resolveu acrescentar-se mais uma variável no sentido de encontrar um modelo mais preciso, utilizando neste caso o custo com as horas extras. A escolha desta variável assentou no facto de haver uma relação direta previsível entre o aumento dos custos com o pessoal e o aumento dos custos operacionais com o doente padrão.

Será definido um modelo econométrico onde a variável tempo de trabalho se definirá como variável DUMMY, que adquirirá o valor 0 para o período de laboração das 35 horas e o valor 1 para o período da laboração das 40 horas, entre Outubro de 2013 e Junho de 2016.

Os dados serão importados através dos dados disponíveis no sítio do ACSS do benchmarking hospitalar. Foi criada uma base de dados com os dados obtidos através deste site, para custo operacional por doente padrão e custo das horas extras sendo posteriormente definida a variável TP (tempo de trabalho) com a data em formato AAAAMM. O modelo foi formulado no software E-Views®. (ver anexo 2)

O modelo formulado, que se apresenta na figura 63, mostra de uma forma sintetizada as principais conclusões.

View	Proc	Object	Print	Name	Freeze	Estimate	Forecast	Stats	Resids
Dependent Variable: CUSTODOENTE									
Method: Least Squares									
Date: 09/04/18 Time: 15:31									
Sample: 1 3978									
Included observations: 3657									
Variable		Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.				
C		2900.140	118.9552	24.38011	0.0000				
DATA		12.31018	119.7850	0.102769	0.9182				
HORAS_EXTRAS		0.000128	0.000104	1.230850	0.2185				
R-squared		0.000415	Mean dependent var		2993.267				
Adjusted R-squared		-0.000132	S.D. dependent var		3562.167				
S.E. of regression		3562.402	Akaike info criterion		19.19508				
Sum squared resid		4.64E+10	Schwarz criterion		19.20017				
Log likelihood		-35095.20	Hannan-Quinn criter.		19.19689				
F-statistic		0.758987	Durbin-Watson stat		2.048890				
Prob(F-statistic)		0.468214							

Figura 63: Modelo econométrico desenvolvido

Na figura 63 apresenta-se a variável dependente como o custo operacional por doente padrão e as variáveis independentes como o tempo de trabalho (DATA) e o custo das horas extras. O modelo apresenta uma significância global de 0,47 (Prob F-statistic 0,47), ou seja, é um modelo limitado. Isto prova que não há evidências estatísticas de que o preço operacional por doente padrão seja fortemente explicado pelo custo com as horas extras e pelo momento desse custo (a variável DATA).

Já no que refere aos valores dos testes estatísticos para cada variável independentes, comprovasse que:

- - A variável DATA (Tempo de trabalho) não é estatisticamente significativa,
- A variável HORAS_EXTRAS (custo com horas extras) também não é estatisticamente significativa para um nível de significância habitual de 95, sendo apenas significativa a um nível de significância de 78%.

Analisando o **valor de R^2** , desfechasse que estas duas variáveis definidas, explicam muito pouco o custo operacional por doente padrão, devendo ser acrescentadas outras variáveis para melhor explicar o custo operacional por doente padrão.

Tendo em consideração o modelo econométrico apresentado a análise aos coeficientes torna-se bastante limitada e pouco relevante. Definida a variável DATA como 0 no tempo das 35

horas de trabalho e 1 no tempo de laboração das 40 horas apura-se que, neste modelo, o custo do doente em função do Tempo sofre até um aumento quando a laboração foi de 40 horas de trabalho semanal. Porém, face à limitação deste modelo nada pode ser concluído. Na tentativa de encontrar um modelo explicativo para o custo operacional do doente padrão, onde a variável relacionada com o tempo de trabalho fosse estatisticamente significativa, foi realizado um outro modelo, que consta do anexo 3. Nesse modelo, inclui-se outra variável explicativa, o número de dias de internamento. Porém, foi também verificado que a variável relacionada com o tempo de trabalho não era estatisticamente significativa. Em suma, e de acordo com este modelo econométrico realizado, nada se pode concluir relativamente à influência da variável relacionada com alteração do horário de trabalho na variável relacionada com custo operacional por doente padrão.

6. Conclusão

Este estudo conduziu um processo contínuo de análise às variáveis relativas aos custos dos cuidados de saúde a nível hospitalar, no sentido de avaliar o impacto da alteração do horário de trabalho na eficiência, produtividade e qualidade de serviço. Este tema teve particular relevo devido à implementação do Memorando de Entendimento da Troika. Em virtude da aplicação deste plano, foram tomadas várias medidas no sentido de racionalizar os custos em saúde, aumentando a eficiência e mantendo a qualidade do serviço prestado. Há já vários anos, mesmo antes da intervenção económica externa, alguns autores começaram a realizar trabalho nesta área, nomeadamente sobre os conceitos de eficiência e qualidade. Almeida et al (2015) analisaram um grupo de hospitais do SNS português em 2009, com o intuito de apurar se existia um *trade-off* entre a eficiência e a qualidade, utilizando uma metodologia *Data Envelopment Analysis (DEA)*. Verificaram que a evidência empírica não é suficiente para identificar um *trade-off* entre eficiência e qualidade nos hospitais em análise, o que implica a possibilidade dos ganhos em eficiência poderem ser alcançados sem sacrifício da qualidade do serviço prestado.

A alteração do horário de trabalho não mostrou, por si só, um impacto direto nos indicadores descritos no estudo, embora estes tenham evoluído favoravelmente ao longo do período analisado. Estando muito dos indicadores apresentados neste estudo ligados à atividade médica, foi natural que a situação particular do horário de trabalho destes profissionais (cuja mudança do horário de trabalho foi relativa) se tenha tornado numa barreira para possível associação entre alteração do horário de trabalho e melhoria nos indicadores. Compreender o número exato de profissionais de saúde, em particular médicos, em contexto hospitalar, que viram o seu horário de trabalho alterado, foi outra das grandes dificuldades encontradas.

A análise aos dados do sítio de internet da ACSS sobre o benchmarking dos hospitais, traduziu-se num exercício difícil, face aos valores díspares em alguns meses e diferentes instituições, não se conseguindo apurar em tempo útil uma justificação para estas discrepâncias. Para encontrar um valor anual, lidando com essa variabilidade, em alguns indicadores foram utilizados valores médios enquanto que noutros valores absolutos. Ao longo do trabalho foram utilizados dados provenientes de diversas fontes de informação oficiais, para confronto com os resultados obtidos, nem sempre coincidentes.

O objetivo deste trabalho não foi atingido, uma vez que os resultados obtidos são inconclusivos para compreender o impacto da alteração do horário de trabalho na produção de cuidados de saúde, de forma isolada. Isto é, houve melhorias, mas não podem ser associadas apenas à alteração do horário de trabalho.

Os indicadores onde o impacto da alteração do horário de trabalho poderá ter sido mais significativo, dizem respeito aos custos com o pessoal e com o trabalho suplementar. Estes custos tiveram uma diminuição em 2013, mantiveram uma relativa estabilidade até 2015, vindo a aumentar desde então. Para esta redução de custos, além da alteração do horário de trabalho, têm que ser considerados outras medidas tomadas na altura nomeadamente: a diminuição do valor pago pelo trabalho suplementar, o congelamento dos salários, o corte nos salários nominais acima de 1500 euros (entre 3,5% e 10% dependendo do valor), o corte de 50% no subsídio de Natal em 2011 e no subsídio de Natal e de férias em 2012 (não prolongado em 2013 devido à intervenção do Tribunal Constitucional). (Campos Lima, 2016) Houve também, nos anos de 2013 e 2014, um número mais reduzido de profissionais de saúde no SNS. Estas medidas aplicadas associadas a fortes restrições à contratação, levaram ao descontentamento dos profissionais de saúde, resultando em greves e na migração de profissionais de saúde para outros países.

Correia et al, em 2015, num trabalho, em parceria com a Ordem dos Médicos, denominado “Sistema de Saúde Português no tempo da Troika: a experiência dos médicos”, descreveram, na perspetiva médica, alguns dos efeitos das medidas da Troika. Neste estudo, também foram expostas algumas das barreiras, que segundo estes profissionais, afetaram a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente: no acesso aos cuidados de saúde (taxas moderadoras, custos com transportes), a falta de recursos humanos, a dificuldade na formação contínua dos médicos, as más condições de trabalho (condições físicas, material informático e utensílios médicos), a falta de medicamentos, o acesso a meios complementares de diagnóstico e terapêutica, e ainda, algumas limitações no atendimento aos utentes (imposição dos tempos de consulta, entre outros aspetos).

A perspetiva dos utentes é outro dos aspetos essenciais para avaliar as medidas impostas, nomeadamente a sua satisfação com os cuidados de saúde. Para tal, e consultando o primeiro estudo sobre satisfação dos utentes realizado pela Direção Geral de Saúde, em 2015, as conclusões demonstraram que uma larga maioria da população inquirida (total de 2300

inquiridos) considerou a qualidade dos serviços como correspondendo ao esperado, com 91% dos inquiridos a referir como tendo sido “bem atendido” pelos profissionais de saúde e 74% a revelaram que o seu problema de saúde foi devidamente resolvido. O relatório do estudo refere que os utentes inquiridos ficaram satisfeitos com o tempo despendido pelo médico (87,4%) e 89% consideraram que o médico lhes deu oportunidade para esclarecer as suas dúvidas, com 94% dos utentes a descrever as indicações dadas como claras. Os utentes, na sua maioria (87%), consideraram-se envolvidos nas decisões sobre os cuidados de saúde e tratamentos. Em suma, este inquérito apurou um nível de satisfação elevado com os cuidados de saúde prestados. Não obstante, 38,6% dos utentes inquiridos considerou que o sistema de saúde necessitava de ajustamentos ou mudanças, que não foram especificados.

A realidade atual no setor da Saúde, e especificamente em contexto hospitalar, demonstra que, apesar dos múltiplos indicadores que relatam melhorias na eficiência e qualidade dos cuidados de saúde prestados, a aplicação das medidas do Programa de Assistência Económica e Financeira entre 2011 e 2015, com a intervenção da Troika, trouxe um enorme desafio: o equilíbrio entre a orçamentação económica restritiva, e a necessidade de realizar despesas correntes e de investimentos, subsistindo ainda o risco/ameaça da necessidade de um novo *bailout*. (OPSS, 2018) O equilíbrio entre os custos, a eficiência e a qualidade, torna-se num desafio que só englobando governantes, utentes e profissionais de saúde, possa ser atingido, permitindo aos Portugueses um maior número de anos de vida saudável.

Em suma, apesar da melhoria dos indicadores analisados, da satisfação dos utentes traduzida pelo estudo da DGS, o caminho para a eficiência e qualidade na Saúde é um processo longo e contínuo. A motivação dos profissionais de saúde deve ser tida em consideração pois, como verificado nos estudos citados no início deste trabalho, nem sempre mais horas de trabalho se repercutem na produtividade. Aliás, durante a realização deste trabalho, foi adotada uma medida pelo governo vigente, no sentido de uniformizar o horário de trabalho, para os profissionais que assim o pretendessem, nas 35 horas de trabalho semanal.

7. Bibliografia

- ACSS (2014a). *Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde* 2013. Portugal: Ministério da Saúde.
- ACSS (2014b). *Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde* 2014. Portugal: Ministério da Saúde.
- ACSS (2015). *Ministério da Saúde - Relatório e Contas 2014*. Governo de Portugal - Ministério da Saúde.
- ACSS (2016a). *Ministério da Saúde - Relatório e Contas 2016*. Governo de Portugal - Ministério da Saúde.
- ACSS (2016b). *Relatório e Contas Consolidado do Ministério da Saúde 2015*. Governo de Portugal - Ministério da Saúde.
- ACSS (2017). *Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018*. República Portuguesa.
- ACSS (2018a). *Carreira Médica*. Retrieved from <http://www.acss.min-saude.pt/2016/09/19/medica/> Access Date 3 March 2018
- ACSS (2018b). *Benchmarking dos Hospitais*. Retrieved from <http://benchmarking.acss.min-saude.pt> Access Date 3 March 2018
- ACSS (2018c). http://benchmarking.acss.min-saude.pt/BH_EconFinDashboard Access Date 23 March 2018
- ACSS (2018d). [https://transparencia.sns.gov.pt/explore/embed/dataset/conta-do-servico-nacional-de-saude/analyze/?sort=tempo&dataChart=eyJxdWVyaWVzIjpbeyJjaGFydHMtOltTlR5cGUOIjsaW5liwiZnVuYyI6IkFWRyIsInlBeGlzIjoib3JjYW1lbmRvX3NhbnGRvX2dsb2JhbCIsImNvbG9yIjoyIzhkYTBJYiIsInNjaWVudGlmaWNEdEaXNbGF5Ijp0cnVlfSx7InR5cGUOIjsaW5liwiZnVuYyI6IkFWRyIsInlBeGlzIjoizXhlY3VyZW9fYWN1bXBVsYWRRhX3NhbnGRvX2dsb2JhbCIsInNjaWVudGlmaWNEdEaXNbGF5Ijp0cnVlfSx7InR5cGUOIjsaW5liwiZnVuYyI6IkFWRyIsInlBeGlzIjoiaGVtcGI6LCJtYXhwIDluDGMiOiIlLjAwaW1lc2NhbnGRvX2dsb2JhbCIsImNvbG9yIjoyIkhkbG9wcm9mdGlmbnMiOnsic29ydCI6InRlbXBvIn19LCJzZXIpZXRNCmVha2Rvd24iOiIl](https://transparencia.sns.gov.pt/explore/embed/dataset/conta-do-servico-nacional-de-saude/analyze/?sort=tempo&dataChart=eyJxdWVyaWVzIjpbeyJjaGFydHMtOltTlR5cGUOIjsaW5liwiZnVuYyI6IkFWRyIsInlBeGlzIjoib3JjYW1lbmRvX3NhbnGRvX2dsb2JhbCIsImNvbG9yIjoyIzhkYTBJYiIsInNjaWVudGlmaWNEdEaXNbGF5Ijp0cnVlfSx7InR5cGUOIjsaW5liwiZnVuYyI6IkFWRyIsInlBeGlzIjoizXhlY3VyZW9fYWN1bXBVsYWRRhX3NhbnGRvX2dsb2JhbCIsInNjaWVudGlmaWNEdEaXNbGF5Ijp0cnVLcjBjb2xvcil6LiNmYZhkNjlifV0sInhBeGlzIjoiaGVtcGI6LCJtYXhwIDluDGMiOiIlLjAwaW1lc2NhbnGRvX2dsb2JhbCIsImNvbG9yIjoyIkhkbG9wcm9mdGlmbnMiOnsic29ydCI6InRlbXBvIn19LCJzZXIpZXRNCmVha2Rvd24iOiIlm9wdGlmbnMiOnsic29ydCI6InRlbXBvIn19LCJzZXIpZXRNCmVha2Rvd24iOiIl)

LCJzZXJpZXNCcmVha2Rvd25UaW1lc2NhbgUiOiIifV0sInRpbWVzY2FsZSI6IiJ9&static=false&datasetcard=false Access Date 23 March 2018

- Addison, Jonh T., Portugal, Pedro, & Varejão, José. (2014). Labor demand research: Toward a better match between better theory and better data. *Labour Economics*, 30, 4-11. DOI:10.1016/j.labeco.2014.06.002
- Almeida, Álvaro; Frias, Roberto, & Figue, José Pedro. (2015). Evaluating Hospital Efficiency Adjusting for Quality Indicators: An Application to Portuguese NHS Hospitals. *Health Economics & Outcome Research*. Open Access 1:103. DOI:10.4172/2471-268x/1000103
- APDH, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. (2014). Uma vasta e considerada análise deixada pelo Dr. Adalberto Campos Fernandes”. Retrieved from http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Entrevista_Dr.Adalberto_Campos_Fernandes_0.pdf Access Date 3 March 2018
- Baganha, Maria Ioannis; Ribeiro, Joana Sousa, & Pires, Sónia. (2002). O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização socioprofissional. *Centro de Estudos Sociais- Universidade de Coimbra*, OFICINA N° 182. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/32721> Access Date 4 March 2018
- Barck-Holst, Peter; Nilsonne, Asa; Åkerstedt, Torbjörn, & Hellgren, Carina. (2017). Reduced working hours and stress in the Swedish social services: A longitudinal study. *International Social Work*, 60(4), 897-913. DOI:10.1177/0020872815580045
- Barros, Pedro Pita, & Gomes, Jean Pierre (2002). Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português. *GANEC – Gabinete de Análise Económica Faculdade de Economia – Universidade Nova de Lisboa*. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Barros2/publication/268426648_Os_Sistemas_Nacionais_de_Sade_da_Unio_Europeia_Principais_Modelos_de_Gesto_Hospitalar_e_Eficincia_no_Sistema_Hospitalar_Portugus/links/55041aab0cf2d60c0e655955.pdf Access Date 3 January 2018
- Barros, Pedro Pita, Machado, Sara Ribeirinho, & Simões, Jorge Almeida (2011). *Portugal: Health system review. Health Systems in Transition*, 13(4). ISSN 1817-6127
- Barros, Pedro Pita. (2012). Health policy reform in tough times: the case of Portugal. *Health Policy*, 106(1), 17-22. DOI:10.1016/j.healthpol.2012.04.008

- Barros, Pedro Pita; Lourenço, Alexandre; Moura, Ana; Correia, Filipe; Silvério, Filipe; Gomes, João Pedro; Sousa, José; Matias, Maria Ana & Cipriano, Rodrigo. (2015). *Avaliação do impacto de políticas adotadas no âmbito do Programa do XIX Governo Constitucional em relação ao sector da Saúde*. Retrieved from http://www.unl.pt/data/noticias/2015/estudo_impacto_saude/sumário_estudo_politicaspUBLICASSAÚDE.pdf Access Date 3 January 2018
- Bassanini, Andrea & Caroli, Eve. (2015). “Is Work Bad for Health? The Role of Constraint vs Choice,”. *Annals of Economics and Statistics*, 13–37.
- Campos Lima, Maria da Paz. (2016). *O desmantelamento do regime de negociação coletiva em Portugal, os desafios e as alternativas*. Centro de Estudos Sociais, Universidade Coimbra.
- Campos Lima, Maria da Paz, & Abrantes, Manuel. (2016). *Dialogue for advancing social europe: Country report: Portugal (summary)*. CESIS - Centro de Estudos para a Intervenção Social.
- Castro, Ricardo A. S. (2011). *Benchmarking de hospitais portugueses: Modelação com data envelopment analysis*. Dissertação de Mestrado, FEUP - Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto. Porto.
- Castro, Ricardo A. S., Portela; Conceição Silva, & Camanho, Ana S. (2014). *Benchmarking dos serviços dos hospitais portugueses: uma aplicação de data envelopment analysis Investigação operacional em ação: casos de aplicação*. DOI http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0738-2_20
- Centro Hospitalar da Cova da Beira. (2015). *Relatório e Contas*. Retrieved from http://www.chcbeira.pt/download/Relatorio%20e%20Contas%202015_Por%20a%20provar.pdf Access Date 5 August 2018
- Cette, Gilbert; Chang, S., & Konte, M. (2011). The decreasing returns on working time: an empirical analysis on panel country data. *Applied Economics Letters*, 18(17), 1677-1682. DOI:10.1080/13504851.2011.558473
- Clark, Andrew. (2015). What makes a good job? Job quality and job satisfaction. *IZA World of Labor*. DOI:10.15185/izawol.215
- Coelho, André E. N. (2014). *Perceções dos decisores hospitalares sobre o recurso à metodologia do Benchmarking como ferramenta de gestão* - Tese de Mestrado. Universidade do Minho - Escola de Economia e Gestão.
- Collewet, Marion & Loog, Bart. (2015). The effect of weekly working hours on life satisfaction. *Working paper* – Maastricht University. Retrieved from

http://conference.iza.org/conference_files/SUMS_2015/collewet_m21737.pdf

Access Date 4 July

- Comissão Europeia (2014). Consulta Pública sobre a revisão da diretiva “Tempo de Trabalho” - Contexto Geral. *Official Journal of the European Union*. Bruxelas.
- Comissão Europeia (2015). Study measuring the economic, financial and organisational implications for public health care services from possible changes to the Working Time Directive 2003/88/EC. *Directorate-General for Employment Social Affairs and Inclusion*. Bruxelas.
- Comissão Europeia (2017a). Implementing Regulation (EC) No 1177/2003 of the European Parliament and of the Council concerning Community statistics on income and living conditions (EU-SILC) as regards the list of target secondary variables on material deprivation, well-being and housing difficulties for 2018. *Official Journal of the European Union*. Bruxelas.
- Comissão Europeia (2017b). Comunicação interpretativa sobre a Diretiva 2003/88/CE do Parlamento Europeu e do Conselho relativa a determinados aspetos da organização do tempo de trabalho (2017/C 165/01) *Jornal Oficial da União Europeia*, C 165. Bruxelas.
- Correia, Tiago, Carapinheiro, Graça, Silva, Jorge, & Vieira, Joana. (2015). *O sistema de saúde português no tempo da Troika: a experiência dos médicos*. Lisboa: ISCTE-IUL/Ordem dos Médicos.
- Costa, Carlos, & Lopes, Sílvia. (2014). *Avaliação do desempenho dos hospitais públicos (internamento) em Portugal Continental - Versão Provisória*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Grupo de Disciplinas de Gestão em Organizações de Saúde.
- Costa, F. A., Teixeira, I., Duarte-Ramos, F., Proença, L., Pedro, A. R., Furtado, C., Cabrita, J. (2017). Effects of economic recession on elderly patients' perceptions of access to health care and medicines in Portugal. *Internacional Journal of Clinical Pharmacy*, 39(1), 104-112. DOI:10.1007/s11096-016-0405-3
- Deloitte. (2010a). Study to support an IA on WTD - Final report Executive Summary.
- Deloitte. (2010b). Study to support an Impact Assessment on further action at European level regarding Directive 2003/88/EC and the evolution of working time organisation -Final report. *Centre for Strategy & Evaluation Services LLP (CSES)*.
- Deloitte. (2011). *Saúde em análise: Uma visão para o futuro*.

- Devlin, Ciaran; Shirvani, Alex. (2014). The impact of the working time regulations on the UK labour market: a review of evidence. *Department for Business, Innovation and Skills*. London. UK
- DGAEP. (2013). *O modelo de organização e duração do tempo de trabalho na administração pública*. Direção-Geral de Administração e do Emprego Público.
- DGS, Direção Geral da Saúde. (2015). *Estudo de Satisfação dos utentes do Sistema de Saúde Português – Relatório Técnico*. Portugal.
- DGS, Direção Geral da Saúde. (2016). *A Saúde dos Portugueses 2016*. Portugal: Direção de Serviços de Informação e Análise.
- ERS, Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Os seguros de saúde e o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde*. Portugal
- ERS, Entidade Reguladora da Saúde. (2015b). *Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos*. Portugal
- ERS, Entidade Reguladora da Saúde. (2016). *Sistema de Gestão de Reclamações – Síntese Descritiva ano de 2015*. Portugal
- ERS, Entidade Reguladora da Saúde. (2017). *Sistema de Gestão de Reclamações – Síntese Descritiva ano de 2016*. Portugal
- ERS, Entidade Reguladora da Saúde. (2018). *Sistema de Gestão de Reclamações – Síntese Descritiva ano de 2017*. Portugal
- Estevão, Marcello & Sá, Filipa. (2008). The 35-hour workweek in France: Straightjacket or welfare improvement? *Economic Policy*, 23, 417-463. Great Britain
- Estevez, Maria Fernandes Rodrigues Alves. (2013). *A Evolução Legislativa sobre o Tempo de Trabalho em Portugal - de 1990 à actualidade*. Universidade Autónoma de Lisboa - Departamento de Direito.
- EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work (2014). *La estimacion del coste del estrés y los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo*. Comunidades Europeas. DOI:10.2802/20493
- Eurofound. (2009). *Working conditions in the European Union: Working time and work intensity*. Ireland
- Eurofound. (2015). *Opting out of the European Working Time Directive*. Publications Office of the European Union. Ireland
- Eurofound. (2016a). *Foundation Focus - Work-life balance: Creating solutions for everyone*. Ireland

- Eurofound. (2016b). El equilibrio entre el trabajo y la vida personal: crear soluciones para todos. *Foundation Focus*, Número 19. Ireland
- Eurofound. (2016c). Working time developments in the 21st century: Work duration and its regulation in the EU. *Publications Office of the European Union*. DOI:10.2806/888566
- Eurofound. (2017). *Work–life balance and flexible working arrangements in the European Union*. Ireland
- Felício, Maria Teresa de Almeida Monteiro. (2016). *Análise da performance do serviço nacional de saúde de Portugal continental*. Dissertação de mestrado. Lisboa: ISCTE-IUL,
- Figueiredo, M, Nowak, Robert. 2017. Regressão Linear com Variáveis Fortemente Correlacionadas. *Boletim Sociedade Portuguesa de Estatística*. Retrieved from http://www.spestatistica.pt/images/boletim/Boletim_primavera_2017.pdf Access Date 9 August 2018
- Fitzgerald, Terry. (1998). *Reducing working hours: a general equilibrium analysis*. Federal Reserve Bank of Cleveland.
- Golden, Lonnie. (2012). The Effects of Working Time on Productivity and Firm Performance: a research synthesis paper. *Conditions of work and employment series*, 33. Conditions of Work and Employment Branch. Retrieved from <https://ssrn.com/abstract=2149325> Access Date 25 July 2018
- Goudswaard, Anneke; Dhont, Steven; Vergeer, Robert; & Oei, Peter; et al. (2012). *Organisation of working time: Implications for productivity and working conditions*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Guerreiro, Maria das Dores, Lourenço, Vanda, & Pereira, Inês. (2006). *Boas práticas de conciliação entre vida profissional e vida familiar: Manual para as empresas*: CITE-Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.
- ILO (2011). *Working time in the twenty-first century*. Conditions of Work and Employment Programme TMEWTA/2011.
- ILO (2012). *Organisation of working time: Implications for productivity and working conditions – Overview Report*.
- ILO (2017). *Portugal/OIT: uma relação histórica que conheceu um salto qualitativo nos anos 90*. Retrieved from http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/html/portugal_historia_pt.htm Access Date 3 December 2017

- Kallis, G.; Kalush, M.; O'Flynn, H.; Rossiter, J. & Ashford, N. (2013). "Friday off": Reducing Working Hours in Europe. *Sustainability*, 5(12), 1545-1567. DOI:10.3390/su5041545
- Knight, K.; Rosa, E. A. & Schor, J. B. (2012). Reducing Growth to Achieve Environmental Sustainability: The Role of Work Hours. *Political Economy Research Institute Working Paper Series*, 304.
- Kramer, A. & Son, Jooyeon. (2016). Who cares about the health of health care professionals? an 18-year longitudinal study of working time, health, and occupational turnover. *ILR Review*, 69(4), 939-960.
- Legido-Quigley, H.; Karanikolos, M.; Hernandez-Plaza, S.; de Freitas, C.; Bernardo, L.; Padilla, B. & McKee, M. (2016). Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal. *Health Policy*, 120(7), 833-839. DOI:10.1016/j.healthpol.2016.04.009
- Lepinteur, A. (2016). The shorter workweek and worker wellbeing: Evidence from Portugal and France. *PSE Working Papers* n° 2016-21, 21. Retrieved from <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01376209> Access Date 3 March 2018
- Lewis, S.; Anderson, D.; Lyonette, C.; Payne, N. & Wood, S. (2017). Public sector austerity cuts in Britain and the changing discourse of work–life balance. *Work, employment and society*, 31(4), 586–604.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013). *Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde*. Portugal.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2014). *Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde*. Portugal.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2016). *Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde*. Portugal.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017). *Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde*. Portugal.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2018), *Retrato da Saúde*, Portugal. ISBN 978-989-99480-1-3
- Moreira, Inácia Luzia Bandeira. (2016). *O Impacto da Crise Económica-Financeira e Social no Acesso aos Cuidados de Saúde em Portugal* - Tese de Mestrado. FEUC. Universidade de Coimbra. Portugal

- Neto, Hernâni Veloso. (2011). Segurança e saúde no trabalho em Portugal: um lugar na história e a história de um lugar. *International Journal on Working Conditions of Work and Employment Programme*, 2, 71-90.
- Neuman, W. Lawrence. (2014). *Social research methods qualitative and quantitative approaches*. Pearson Education Limited. UK
- OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. (2018a). *Hours worked (indicator)*. Retrieved from <https://data.oecd.org/emp/hours-worked.htm> Access Date 3 March 2018
- OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. (2018b). *Hours Worked: Average annual hours actually worked*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1787/data-00303-en> Access Date 3 March 2018
- OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. (2016). Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle. *OECD Publishing*. DOI: 10.1787/9789264265592-en
- OECD, European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Portugal: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU. *OECD Publishing, Paris/European*. DOI: 10.1787/9789264283527-en
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Portugal: Perfil de Saúde do País 2017. *OECD Publishing*. Paris. DOI: 10.1787/9789264285385-pt
- OPSS, Observatório Português dos Sistemas de Saúde. 2018. *Relatório de Primavera*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- PORDATA. 2018. Retrieved from:
 - <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico/57505>; <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5750553>;
 - <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5750558>;
 - <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico/575055>

Access Date 8 August 2018

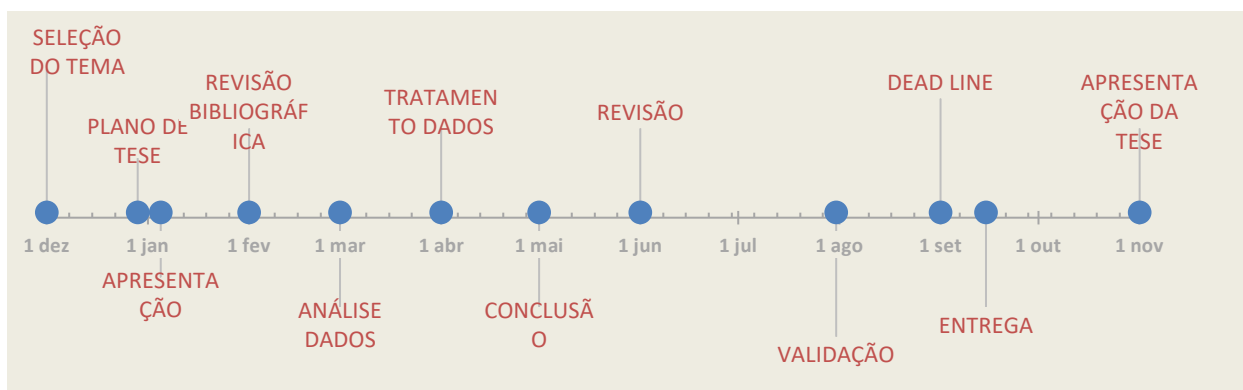
- Prodanov, Cleber & Freitas, Ernani. 2013. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. Novo Hamburgo. Brasil
- Raposo, Pedro. S., & Van Ours, Jan. C. (2008). How Working Time Reduction Affects Employment and Earnings. *Institute for the Study of Labor IZA Discussion Paper*, No. 3723.
- Raposo, Pedro S., & Van Ours, Jan C. (2010). How a Reduction of Standard Working Hours Affects Employment Dynamics. *De Economist*, 158(2), 193-207. DOI:10.1007/s10645-010-9142-5
- Rodrigues, Eduardo; Barroso, Margarida & Caetano, Ana. (2010). *Trabalho, família e bem-estar: factores e padrões de qualidade de vida na Europa*. CIES e-Working Papers. ISSN 1647-0893
- Rodrigues, Maria Cristina Fernandes. (2012). *Portugal e a Organização do Trabalho*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/18559/3/Portugal%20e%20a%20Organização%20do%20Trabalho.pdf> Access Date 3 January 2018
- Saffer, Henry & Lamiraud, Karine. (2008). The Effect of Hours of Work on Social Interaction. *Review of Economics of the Household*, Springer, vol. 10, pages 237-258. Retrieved from <http://www.nber.org/papers/w13743> Access Date 3 January 2018
- Sakellarides, C.; Reis, V.; Escolval, A.; Conceição, C. & Barbosa, P. (2005). *O futuro do Sistema de Saúde Português: "Saúde 2015"*. Escola Nacional de Saúde Pública, UNL. Retrieved on <https://infoeuropa.eurocid.pt/registo/000036272/documento/0001/> Access Date 15 January 2018
- Sakellarides, C.; Castelo-Branco, L.; Barbosa, P., & Azevedo, H. (2014). *The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal*. World Health Organization.
- Sallinen, M., & Kecklund, G. (2010). Shift work, sleep, and sleepiness - differences between shift schedules and systems. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 36(2), 121-133. DOI:10.5271/sjweh.2900
- Simões, J. Almeida, Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). *Portugal: Health system review. Health Systems in Transition*, 19(2), 1-184.
- Smith, Andrew. (2016). 'The Magnificent 7[am]?' Work-life articulation beyond the 9[am] to 5[pm] 'norm'. *New Technology, Work & Employment*, 31(3), 209-222. DOI:10.1111/ntwe.12070

- Tomás, Carla. (2016). *35 horas na função pública: mais despesa ou maior produtividade?* Retrieved from <http://expresso.sapo.pt/politica/2016-02-13-35-horas-na-funcao-publica-mais-despesa-ou-maior-produtividade-> Access Date 3 November 2017
- WHO (2018). *Caesarean sections should only be performed when medically necessary*. Retrieved on <http://www.who.int/news-room/detail/09-04-2015-caesarean-sections-should-only-be-performed-when-medically-necessary> Access Date 15 August 2018

Anexos

Anexo 1

Cronograma



DETALHES DO PROJETO	
DATA	MARCO
01-12-2017	Seleção do Tema
29-12-2017	Plano de Dissertação
05-01-2018	Apresentação
01-02-2018	Revisão Bibliográfica
01-03-2018	Análise Dados
01-04-2018	Tratamento Dados
01-05-2018	Conclusão
01-06-2018	Revisão
31-07-2018	Validação
01-09-2018	Dead Line
15-09-2018	Entrega
01-11-2018	Apresentação da Tese

Anexo 2

Estudo econométrico apresentado no trabalho

EViews

File Edit Object View Proc Quick Options Add-ins Window Help

Command

Command Capture

Workfile: ESTUDOPARATESE

Range: 1 3978 -- 3978 obs
Sample: 1 3978 -- 3978 obs

Object List:

- ☒ c
- ☒ custodoente
- ☒ data
- ☒ eq01
- ☒ eq03
- ☒ grupo
- ☒ horas_extras
- ☒ instituicao
- ☒ resid

Equation: EQ01 Workfile: ESTUDOPARATESE-E...

Dependent Variable: CUSTODOENTE
Method: Least Squares
Date: 09/04/18 Time: 15:31
Sample: 1 3978
Included observations: 3657

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	2900.140	118.9552	24.38011	0.0000
DATA	12.31018	119.7850	0.102769	0.9182
HORAS_EXTRAS	0.000128	0.000104	1.230850	0.2185

R-squared: 0.000415 Mean dependent var: 2993.267
Adjusted R-squared: -0.000132 S.D. dependent var: 3562.167
S.E. of regression: 3562.402 Akaike info criterion: 19.19508
Sum squared resid: 4.64E+10 Schwarz criterion: 19.20017
Log likelihood: -35095.20 Hannan-Quinn criter.: 19.19689
F-statistic: 0.758987 Durbin-Watson stat: 2.048890
Prob(F-statistic): 0.468214

Equation: EQ03 Workfile: ESTUDOPARATESE-E...

Dependent Variable: CUSTODOENTE
Method: Least Squares
Date: 09/04/18 Time: 15:31
Sample: 1 3978
Included observations: 3657

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	2900.140	118.9552	24.38011	0.0000
DATA	12.31018	119.7850	0.102769	0.9182
HORAS_EXTRAS	0.000128	0.000104	1.230850	0.2185

R-squared: 0.000415 Mean dependent var: 2993.267
Adjusted R-squared: -0.000132 S.D. dependent var: 3562.167
S.E. of regression: 3562.402 Akaike info criterion: 19.19508
Sum squared resid: 4.64E+10 Schwarz criterion: 19.20017
Log likelihood: -35095.20 Hannan-Quinn criter.: 19.19689
F-statistic: 0.758987 Durbin-Watson stat: 2.048890
Prob(F-statistic): 0.468214

< > | Estudocustohextras / New Page

Path = c:\users\tita\documents | DB = none | WF = estudoparatese

Command Capture

Workfile: ESTUDOPARATESE - (c:\users\tita\desktop\T...

Range: 1 3978 -- 3978 obs
Sample: 1 3978 -- 3978 obs

Object List:

- ☒ c
- ☒ custodoente
- ☒ data
- ☒ eq01
- ☒ eq03
- ☒ grupo
- ☒ horas_extras
- ☒ instituicao
- ☒ resid

Equation: EQ01 Workfile: ESTUDOPARATESE-Estudocustohextras

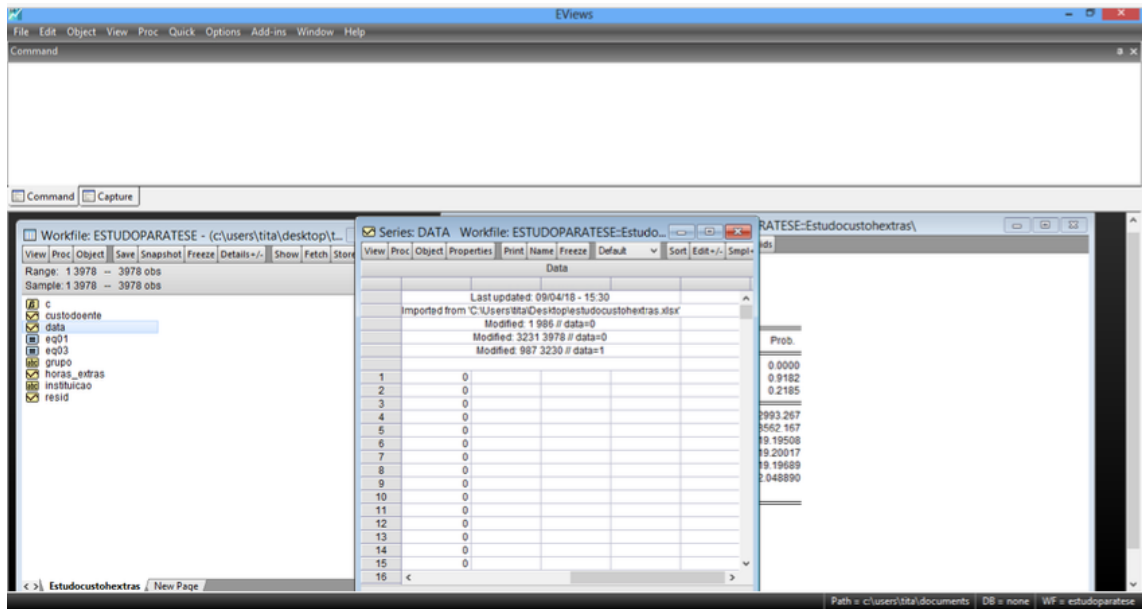
Dependent Variable: CUSTODOENTE
Method: Least Squares
Date: 09/04/18 Time: 15:31
Sample: 1 3978
Included observations: 3657

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	2900.140	118.9552	24.38011	0.0000
DATA	12.31018	119.7850	0.102769	0.9182
HORAS_EXTRAS	0.000128	0.000104	1.230850	0.2185

R-squared: 0.000415 Mean dependent var: 2993.267
Adjusted R-squared: -0.000132 S.D. dependent var: 3562.167
S.E. of regression: 3562.402 Akaike info criterion: 19.19508
Sum squared resid: 4.64E+10 Schwarz criterion: 19.20017
Log likelihood: -35095.20 Hannan-Quinn criter.: 19.19689
F-statistic: 0.758987 Durbin-Watson stat: 2.048890
Prob(F-statistic): 0.468214

< > | Estudocustohextras / New Page

Path = c:\users\tita\documents | DB = none | WF = estudoparatese



Anexo 3

Estudo econométrico alternativo

Excel Ficheiro Editar Ver Inserir Formatar Ferramentas Dados Janela Ajuda

estudocustohextrsfinal

Base Inserir Esquema da Página Fórmulas Dados Rever Ver Suplementos

Calibri (corpo) 12

Formato Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula

A6

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									

Folha1 Folha2

EViews

File Edit Object View Proc Quick Options Add-ins Window Help

Command

Equation: EQ01 Workfile: ESTUDOPARATESE:E...
Dependent Variable: CUSTODOENTE
Method: Least Squares
Date: 09/04/18 Time: 15:31
Sample: 1 3978
Included observations: 3657

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	2900.140	118.9552	24.38011	0.0000
DATA	12.31018	119.7850	0.102769	0.9182
HORAS_EXTRAS	0.000128	0.000104	1.230850	0.2185

R-squared: 0.000415
Adjusted R-squared: -0.000132
S.E. of regression: 3552.402
Sum squared resid: 4.64E+10
Log likelihood: -35095.20
F-statistic: 0.758987
Prob(F-statistic): 0.468214

Equation: EQ03 Workfile: ESTUDOPARATESE:E...
Dependent Variable: CUSTODOENTE
Method: Least Squares
Date: 09/04/18 Time: 15:31
Sample: 1 3978
Included observations: 3657

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	2900.140	118.9552	24.38011	0.0000
DATA	12.31018	119.7850	0.102769	0.9182
HORAS_EXTRAS	0.000128	0.000104	1.230850	0.2185

R-squared: 0.000415
Adjusted R-squared: -0.000132
S.E. of regression: 3552.402
Sum squared resid: 4.64E+10
Log likelihood: -35095.20
F-statistic: 0.758987
Prob(F-statistic): 0.468214

